

2012



Care Improvement Plus
Gold Rx

Evidencia de cobertura

Beneficios y servicios médicos y cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare para los miembros del plan Gold Rx (PPO regional) de Care Improvement Plus

1 de enero — 31 de diciembre de 2012



Texas
Gold Rx



CARE IMPROVEMENT PLUS

Plan de necesidades especiales para personas con enfermedades crónicas

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2012

Evidencia de cobertura:

Beneficios y servicios médicos y cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare para los miembros del plan Care Improvement Plus Gold Rx SNP PPO Regional

Este folleto le brinda información detallada sobre la cobertura de salud y medicamentos de venta con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012 y explica cómo obtener la atención médica y los medicamentos de venta con receta que necesita. Esta correspondencia es un importante documento legal. Guárdela en un lugar seguro.

Este plan, Gold Rx, es ofrecido por Care Improvement Plus. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Care Improvement Plus. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Gold Rx.)

Care Improvement Plus es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestros Servicios para los Miembros al 1-800-204-1002 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

Atención a miembros además tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con Atención a miembros al número 1-800-204-1002 para obtener información adicional. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Atención a miembros además tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Este documento puede estar disponible en un formato alternativo, como Braille, letras más grandes o audio. Comuníquese con nuestros Servicios para los Miembros al 1-800-204-1002 para obtener más información.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima, el deducible y el copago o coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2013.

Evidencia de cobertura 2012

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es sólo su punto de partida. Para obtener ayuda adicional sobre cómo encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 1

Explica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar esta guía. Informa sobre el material que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de afiliación al plan y la manera de mantener su registro de afiliación actualizado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes..... 13

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Care Improvement Plus) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización de mejoras de calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura de su plan para los servicios médicos 25

Explica puntos importantes que debe conocer sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores que pertenecen a la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)..... 35

Proporciona detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Le indica cuánto pagará por su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D 59

Explica las reglas que debe respetar cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Brinda información sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Informa qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica diversas clases de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde puede llenar sus recetas. Ofrece información sobre los programas del plan de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D.. 77

Explica las 3 etapas de cobertura de medicamentos (*Etapa de cobertura inicial, Etapa de intervalo en la cobertura, Etapa de cobertura para enfermedades graves*) y cómo afectan estas etapas lo que paga por los medicamentos. Explica los cuatro (4) niveles de costo compartido para los medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido. Explica la penalización por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 94

Informa cuándo y cómo puede enviarnos una factura cuando desea solicitarnos que le reembolsemos su parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades..... 100

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

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones)..... 109

Le informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos de venta con receta que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos de venta con receta y que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su afiliación al plan 155

Informa cuándo y cómo puede finalizar su afiliación al plan. Explica las situaciones en que el plan debe finalizar su afiliación.

Capítulo 11. Avisos legales..... 162

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

Capítulo 12. Definición de palabras importantes 164

Explica términos importantes que se usan en esta guía.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	3
Sección 1.1	Actualmente está inscrito en Care Improvement Plus, que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)	3
Sección 1.2	¿De qué se trata la guía de la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	3
Sección 1.3	¿Qué le informa este Capítulo?.....	3
Sección 1.4	¿Qué ocurre si es nuevo para Care Improvement Plus?	4
Sección 1.5	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	4
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	4
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	4
Sección 2.2	¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?.....	5
Sección 2.3	Ésta es la zona de servicios del plan para Care Improvement Plus.	5
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	5
Sección 3.1	Su tarjeta de afiliación al plan: debe usarla para obtener todos los beneficios de atención y medicamentos recetados.....	5
Sección 3.2	La <i>Guía de proveedores y farmacias combinada</i> : Su guía con todos los proveedores y farmacias de la red del plan	6
Sección 3.3	La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan	7
Sección 3.4	La <i>Explicación de los beneficios</i> (“EOB”): Informes con un resumen de pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D	7
SECCIÓN 4	Su prima mensual para el plan Gold Rx	8
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta su prima del plan?.....	8
Sección 4.2	Si debe pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D, existen varias maneras en las que puede pagar la penalización.....	9
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	10
SECCIÓN 5	Mantenga su registro de afiliación al plan actualizado.	10

Sección 5.1	Cómo puede ayudarnos a asegurarnos de que la información sobre usted con la que contamos es precisa.....	10
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	11
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	11
SECCIÓN 7	Cómo funcionan los demás seguros con nuestro plan	11
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	11

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Actualmente está inscrito en Care Improvement Plus, que es un plan especializado de Medicare Advantage (“Plan de Necesidades Especiales”)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención médica y medicamentos de venta con receta a través de nuestro plan, Gold Rx.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. El plan Care Improvement Plus es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios fueron diseñados para personas que tienen necesidades de atención médica especiales. Gold Rx fue diseñado para proporcionar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen diabetes o insuficiencia cardíaca.

Nuestro plan proporciona acceso a una red de proveedores que se especializa en tratar la diabetes o la insuficiencia cardíaca. También incluye programas de salud diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que sufren estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos con receta para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que suelen utilizarse para tratar la diabetes o la insuficiencia cardíaca. Como miembro del plan, recibe beneficios diseñados especialmente para su afección y toda la atención se coordina mediante nuestro plan.

Como todos los planes de salud de Medicare, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare y es ofrecido por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿De qué se trata la guía de la <i>Evidencia de cobertura</i>?

Esta guía de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener la atención médica y los medicamentos de venta con receta cubiertos de Medicare con nuestro plan. Además, le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, Gold Rx, es ofrecido por Care Improvement Plus. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Care Improvement Plus. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Gold Rx.)

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y a los servicios médicos y a los medicamentos de venta con receta que están disponibles para usted por ser miembro de Care Improvement Plus.

Sección 1.3 ¿Qué le informa este Capítulo?
--

Revise el Capítulo 1 de esta *Evidencia de cobertura* para conocer:

- ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es la zona de servicios de su plan?
- ¿Qué materiales recibirá de nosotros?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo puede pagarla?
- ¿Cómo mantiene actualizada la información de su registro de afiliación?

Sección 1.4 ¿Qué ocurre si es nuevo para Care Improvement Plus?

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo a revisar esta guía de la *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o, simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Atención a miembros (la información de contacto aparece en la contraportada de esta guía).

Sección 1.5 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Care Improvement Plus cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y demás avisos que recibe de parte nuestra sobre cambios o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que se encuentra inscrito en el plan Care Improvement Plus Gold Rx, entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Gold Rx cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando nosotros decidamos seguir ofreciendo el plan para el año en cuestión y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renueven su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Reunirá los requisitos para ser miembro del plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra zona geográfica de servicios (la sección 2.3 a continuación describe nuestra zona de servicios).
- -- y -- tenga derecho a recibir los beneficios de Medicare Parte A
- -- y -- esté inscrito en Medicare Parte B
- -- y -- *no* tenga enfermedad renal en estado terminal (ERT), con excepciones limitadas, como si desarrolla ERT cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o si era miembro de un plan diferente que finalizó.
- -- y -- reúne los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especiales de las personas que tienen determinadas enfermedades médicas. Para reunir los requisitos para nuestro plan, debe padecer diabetes o insuficiencia cardíaca.

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

Cuando se inscribió inicialmente en Medicare, recibió información sobre cómo obtener los beneficios de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente cubre los servicios prestados por proveedores institucionales, tales como hospitales, centros de enfermería especializados o agencias de atención en el hogar.
- Medicare Parte B comprende la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por el médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como los equipos médicos duraderos y suministros).

Sección 2.3 Ésta es la zona de servicios del plan para Care Improvement Plus.

Aunque Medicare sea un programa federal, Care Improvement Plus Gold Rx está disponible sólo para las personas que viven en nuestra zona de servicios del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta zona de servicios. La zona de servicios se describe a continuación.

Nuestra zona de servicios incluye estos estados: Texas

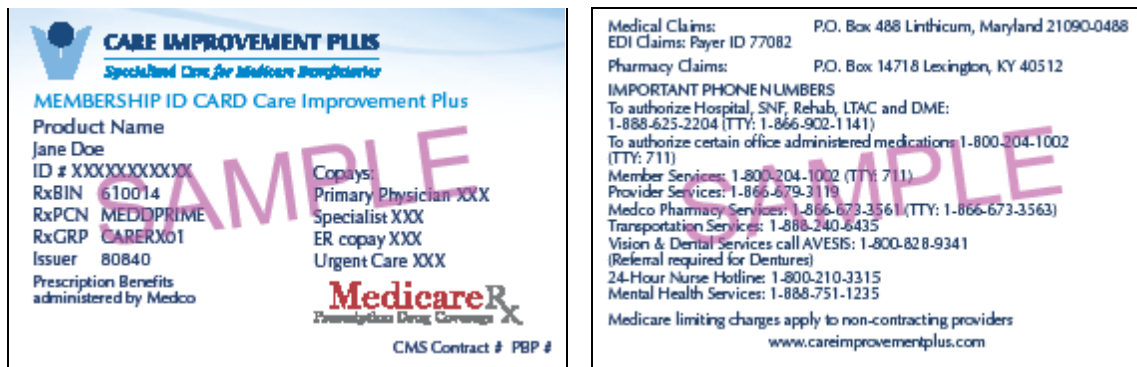
Ofrecemos cobertura en varios estados. Sin embargo, puede haber diferencias de costo o de algún otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda a otro estado que también está dentro de nuestra zona de servicios, debe llamar a Servicios para los Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado que está fuera de nuestra zona de servicios, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar si tenemos un plan en su nuevo estado.

Si tiene pensado mudarse fuera de la zona de servicios, comuníquese con Servicios para los Miembros. Si se muda, gozará de un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o en un plan de medicamentos que se encuentre disponible en su nueva ubicación.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliación al plan: debe usarla para obtener todos los beneficios de atención y medicamentos recetados

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de afiliación para nuestro plan siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos de venta con receta que obtiene en las farmacias de la red. El siguiente es un modelo de tarjeta de afiliación para que usted sepa cómo se verá la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios clínicos de investigación de rutina y servicios de cuidados paliativos). Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

A continuación, le explicamos por qué es tan importante: Si recibe servicios cubiertos utilizando la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de afiliación de Care Improvement Plus mientras es miembro del plan, es posible que sea usted quien deba pagar todos los costos.

En caso de daño, pérdida o robo de la tarjeta de afiliación al plan, llame a Servicios para los Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 La Guía de proveedores y farmacias combinada: Su guía con todos los proveedores y farmacias de la red del plan

Cada año que usted es miembro de nuestro plan, le enviaremos una nueva *Guía de proveedores y farmacias combinada* o una actualización de su *Guía de proveedores y farmacias*. Esta guía enumera los proveedores y las farmacias de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Nuestra *Guía de proveedores y farmacias combinada* le presenta una lista completa de las farmacias de nuestra red, es decir, de todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene la opción de obtener los servicios de proveedores que no pertenecen a la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si consulta a un proveedor que no pertenece a la red, es posible que su parte del costo por los servicios cubiertos sea más elevada. Consulte el capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura de su plan para los servicios médicos*) para obtener más información.

Debido a que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no puede acceder fácilmente a un proveedor contratado de la red, usted puede recibir atención de un proveedor que no pertenezca a la red al mismo costo compartido como si perteneciera a la red. Comuníquese con Servicios para los Miembros para informarnos que necesita consultar a un proveedor que no pertenece a la red o para obtener ayuda para encontrar a un proveedor que no pertenezca la red.

¿Por qué debe tener información sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar la *Guía de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Esto es importante porque, con algunas excepciones, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan las cubra (lo ayude a pagarlas).

Si no posee una copia de la *Guía de proveedores y farmacias combinada*, puede obtener una a través de Servicios para los Miembros. Puede solicitar a Servicios para los Miembros que le proporcionen más información sobre los proveedores pertenecientes a nuestra red, incluso sobre su capacitación, y que le brinden información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede ver la *Guía de proveedores y farmacias combinada* en www.careimprovementplus.com o descargarla de este sitio de Internet. Tanto Servicios para los Miembros como el sitio de Internet pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. Esta lista le informa qué medicamentos de venta con receta de la Parte D están cubiertos por Care Improvement Plus. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Care Improvement Plus.

En la Lista de medicamentos, también se incluye información sobre las reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio de Internet del plan (www.careimprovementplus.com) o llamar al Departamento de Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía).

Sección 3.4 La Explicación de los beneficios (“EOB”): Informes con un resumen de pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usa sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe para ayudarlo a comprender y a mantener un seguimiento de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe de resumen se denomina la *Explicación de los beneficios* (o “EOB”).

La *Explicación de los beneficios* detalla el monto total que usted ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D en el transcurso del mes. El Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de los beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos recetados.

El resumen de la *Explicación de los beneficios* también está disponible a pedido. Si desea obtener una copia, comuníquese con Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para el plan Gold Rx

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan?

Usted no paga una prima del plan mensual por separado para el plan Gold Rx. Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor al monto que se menciona anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es \$85,000 o más para una persona (o para personas casadas que presentan declaraciones por separado), o \$170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional por su cobertura de Medicare Parte D. Si tiene que pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará el monto adicional. Para obtener más información acerca de la prima de la Parte D según sus ingresos, puede visitar <http://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** porque no se afiliaron a un plan de medicamentos de Medicare cuando reunieron los requisitos por primera vez o porque estuvieron sin su cobertura "confiable" durante un período de 63 días consecutivos o más. (Cobertura "confiable" significa que la cobertura es, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare). Para estos miembros, la penalización por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima del plan mensual, más el monto de su penalización por inscripción tardía.
 - Si tiene que pagar la penalización por inscripción tardía, el monto de ésta dependerá del tiempo que esperó para inscribirse en la cobertura de medicamentos o de cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos una vez que reunió los requisitos. En la sección 10 del capítulo 6, se *explica la penalización por inscripción tardía*.
 - Si tiene que pagar una penalización por inscripción tardía y no lo hace, es posible que se cancele su inscripción al plan.

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Según lo explicado en la Sección 2 anterior, para reunir los requisitos para nuestro plan, debe reunir los requisitos para recibir Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B. Por ese motivo, algunos miembros del plan pagarán una prima para Medicare Parte A y la mayoría de los miembros del plan pagarán una prima para Medicare Parte B.

- Su copia de *Medicare y usted 2012* le brinda información sobre estas primas en la sección denominada "Costos de Medicare para 2012". Allí se explica cómo la prima de la Parte B es diferente para personas con ingresos diferentes.

- Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en otoño. Aquellas personas que tienen Medicare por primera vez lo recibirán en el plazo de un mes posterior a la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2012* del sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Si paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D, tiene varias maneras de pagar la penalización

Si tiene que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D, tiene tres (3) maneras de pagar la penalización. Comuníquese con Servicios para los Miembros en cualquier momento para cambiar la manera en que paga su prima mensual.

Si decide cambiar la forma de pago de su penalización por inscripción tardía, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses para que entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted será responsable de garantizar que la penalización por inscripción tardía se pague de manera puntual.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede elegir pagar la penalización directamente a nuestro Plan. Los resúmenes se envían mensualmente. Junto con el resumen se incluirá un cupón de pago y un sobre de franqueo pagado. Extienda su cheque pagadero a Care Improvement Plus y envíe el cheque y el cupón de pago al plan antes de la fecha de vencimiento que aparece en su resumen.

Opción 2: Puede pagar mediante Transferencia electrónica de fondos (EFT)

La penalización se puede deducir automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su penalización de esta manera. Nos alegrará poder ayudarlo con este trámite.

Opción 3: El monto de la penalización por inscripción tardía se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social

El monto de la penalización por inscripción tardía se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su penalización de esta manera. Nos alegrará poder ayudarlo con este trámite.

¿Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su penalización por inscripción tardía?

El pago de su penalización por inscripción tardía debe estar en nuestra oficina antes del día 1 de cada mes. Si no recibimos el pago de la penalización antes del día 10 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su afiliación al plan finalizará si no recibimos el pago de su penalización por inscripción tardía dentro de un período de 30 días.

Si tiene problemas para pagar su penalización por inscripción tardía oportunamente, comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros para ver si podemos incluirlo en un programa que lo ayude a pagar su penalización. Si finalizamos su afiliación al plan por la falta de pago de la penalización por inscripción

tardía y usted no cuenta actualmente con cobertura de medicamentos recetados, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el período de elección anual. En ese momento, puede afiliarse a un plan de medicamentos de venta con receta independiente o a un plan de salud que también brinde cobertura de medicamentos de venta con receta. (Si se queda sin cobertura “confiable” durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía cuando se inscribe más tarde en un plan).

Si finalizamos su afiliación debido a la falta de pago de su penalización por inscripción tardía, recibirá la cobertura de Medicare Original. Al momento de finalizar su afiliación, es posible que aún nos deba el valor de la penalización que usted no pagó. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan de los que ofrecemos), deberá pagar los montos de la penalización por inscripción tardía antes de poder hacerlo.

Si cree que nos hemos equivocado al finalizar su afiliación, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo apelar la finalización de la cobertura, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No podemos comenzar a cobrarle una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual de su plan cambia el año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que tenga que comenzar a pagar o dejar de pagar una penalización por inscripción tardía. (La penalización por inscripción tardía se puede aplicar si estuvo 63 días consecutivos o más sin mantener la cobertura "confiable" de medicamentos recetados). Esto ocurre si usted reúne los requisitos para el programa de Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año.

- Si actualmente paga la penalización y reúne los requisitos para el programa de Ayuda adicional durante el año, dejará de pagar la penalización.
- Si el programa de Ayuda adicional actualmente le paga su penalización por inscripción tardía y pierde su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su penalización.

Puede encontrar más información sobre el programa de Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5 Mantenga su registro de afiliación al plan actualizado.

Sección 5.1 Cómo puede ayudarnos a asegurarnos de que la información sobre usted con la que contamos es precisa

Su registro de afiliación tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y su número de teléfono. Tiene información sobre la cobertura específica de su plan, incluso su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliación para saber cuáles son los servicios y los medicamentos que su plan cubre.** Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, proporcionada por su empleador, el empleador de su cónyuge, indemnización de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene una demanda de responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
- Si lo han internado en un hogar de ancianos
- Si su parte responsable designada (como una persona a cargo de su cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía).

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

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que usted disponga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios que le proporciona nuestro plan. (Para obtener información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura si cuenta con otro seguro, consulte la sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta en la que se enumerarán las otras coberturas de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no es necesario que tome ninguna medida. Si la información es incorrecta o si cuenta con una cobertura que no se menciona, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de la información personal de la salud. Nosotros protegemos su información personal de salud conforme a estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la sección 1.4 del capítulo 6 de esta guía.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los demás seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Si tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal de su empleador), Medicare estableció ciertas reglas para decidir si su plan o su seguro deben realizar el pago en primera instancia. El seguro que paga en primera instancia se denomina “pagador primario” y cubre un monto máximo equivalente a los límites de la cobertura que ofrece. El que paga en segunda instancia, denominado “pagador secundario”, sólo paga si quedan costos que el pagador primario no cubre. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal del empleador o de la unión:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare será el pagador primario.
- Si su cobertura del plan de salud se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, el pagador primario depende de su edad, la magnitud del empleador, y si la razón por la que tiene Medicare se basa en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ERT):
 - Si tiene menos de 65 años y sufre alguna discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabaja, su plan es el pagador primario si el empleador tiene 100 o más empleados o si, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan es el pagador primario si el empleador tiene 20 o más empleados o si, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque sufre ESRD, su plan de salud grupal será el pagador primario durante los 30 primeros meses posteriores al momento en que se determine que reúne los requisitos para Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura realizan el pago en primera instancia por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del programa Black lung (pulmón negro)
- Indemnización de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca son pagadores primarios de los servicios que cubre Medicare. Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud del empleador o Medigap.

Si tiene otro seguro, indíquesele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién es el pagador primario o si necesita actualizar su información sobre otros seguros, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía). Es posible que tenga que proporcionarle el número de identificación del miembro del plan a su otro seguro (después de haber confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y en forma oportuna.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Improvement Plus (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo contactarse con Servicios para los Miembros del plan).....	14
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	19
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	20
SECCIÓN 4	Organización de mejoras de calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)	20
SECCIÓN 5	Seguro Social	21
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto, federal y estatal que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados con los costos de la atención médica)	22
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta	22
SECCIÓN 8	Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios....	24
SECCIÓN 9	¿Tiene “seguro grupal” u otro tipo de seguro médico de un empleador?	24

SECCIÓN 1 Contactos de Improvement Plus (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo contactarse con Servicios para los Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para los Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las preguntas relacionadas con las reclamaciones, la facturación o la tarjeta de miembros, llame o escriba a Servicios para los Miembros de Care Improvement Plus. Nos alegrará poder ayudarlo.

Departamento de Servicios para los Miembros	
TELÉFONO	1-800-204-1002 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Además, Servicios para los Miembros ofrece servicios de intérpretes gratuitos para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-686-2508
DIRECCIÓN	351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201
SITIO DE INTERNET	www.careimprovementplus.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*).

Si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura, puede llamarnos.

Decisiones de cobertura para la atención médica	
TELÉFONO	1-800-204-1002 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-443-524-8706
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Part C Organization Determinations, Utilization Management 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201

Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre su cobertura médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*).

Apelaciones sobre la atención médica	
TELÉFONO	1-800-213-0672 Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número se monitorean las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-272-2942
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Compliance Appeals 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201
Apelaciones sobre la atención médica (medicamentos recibidos en el consultorio médico)	
TELÉFONO	1-866-904-6561 Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número se monitorean las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-311-9848
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Pharmacy Part C Appeals 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201

Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea efectuar una reclamación sobre su atención médica

Puede presentar una reclamación sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluso una reclamación con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago. (Si tiene algún problema relacionado con la cobertura o el pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo realizar apelaciones). Para obtener más información sobre cómo efectuar una reclamación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*).

Reclamaciones sobre la atención médica	
TELÉFONO	1-800-204-1002 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-272-2908
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Compliance Grievances 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201
SITIO DE INTERNET	www.careimprovementplus.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*).

Decisiones de cobertura de los medicamentos de venta con receta de la Parte D	
TELÉFONO	1-800-204-1002 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si desea hacer una solicitud acelerada, llame al número 1-866-683-3275. Los mensajes recibidos en esta línea fuera del horario de atención normal se responderán en el transcurso de una hora.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-683-3272
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Pharmacy Part D Exceptions 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201
SITIO DE INTERNET	www.careimprovementplus.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea hacer una apelación sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*).

Apelaciones sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D	
TELÉFONO	1-866-683-3275. Los mensajes que deje en este número luego del horario de atención normal se responderán en el transcurso de una hora. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-683-3272
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Pharmacy Part D Appeals 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201
SITIO DE INTERNET	www.careimprovementplus.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea presentar una reclamación sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Puede presentar una reclamación sobre nosotros o uno de las farmacias de nuestra red, incluso una reclamación con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo realizar apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*).

Reclamaciones sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D	
TELÉFONO	1-800-204-1002 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-272-2908
DIRECCIÓN	Care Improvement Plus Attn: Compliance Grievances 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201

Dónde debe enviarnos una solicitud del pago de nuestra parte del costo de la atención médica o del medicamento que recibió

Para obtener más información sobre las situaciones en las que tal vez necesite solicitarnos un reembolso o el pago de la factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Solicitudes de pago	
TELÉFONO	1-800-204-1002 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-272-2908
DIRECCIÓN	Para las solicitudes de pago médico (Parte C): Care Improvement Plus Attn: Member Reimbursements 351 W. Camden Street, Suite 100 Baltimore, MD 21201 Para las solicitudes de pago de medicamentos de venta con receta (Parte D): Medco Health Solutions Inc. PO Box 14718 Lexington, KY 40512
SITIO DE INTERNET	www.careimprovementplus.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Medicare	
TELÉFONO	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, las 24 horas del día.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, debe contar con un aparato telefónico especial y sólo lo pueden usar las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	http://www.medicare.gov Éste es el sitio de Internet 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, atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye guías que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando “Ayuda y apoyo” y luego “Números de teléfono y sitios de Internet útiles”. El sitio de Internet de Medicare también ofrece información sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. Seleccione “Averiguar si reúne los requisitos”.• Buscador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione “Planes de salud y de medicamentos” y, luego, “Comparar planes de salud y de medicamentos” o “Comparar pólizas de Medigap”. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de sus costos de desembolso si participara en los diferentes planes de Medicare. Si no tiene una computadora, es probable que en el centro de atención para adultos mayores o en la biblioteca local puedan ayudarlo a visitar este sitio de Internet utilizando la computadora del lugar. O bien, puede llamar a Medicare al número que figura arriba y comunicar cuál es la información que solicita. Buscarán la información en el sitio de Internet, la imprimirán y se la enviarán.

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. Ésta es una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud en cada uno de los estados donde se encuentran disponibles:

- En Texas, el SHIP se llama Programa de Apoyo y Asesoramiento relacionado con la Información sobre la Salud (HICAP).

El programa SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los asesores del programa SHIP pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender cuáles son los derechos de Medicare que le corresponden, efectuar reclamaciones sobre su atención médica o tratamiento y ayudarlo a resolver los problemas con las facturas de Medicare. El programa SHIP ofrece asesores que también pueden ayudarlo a comprender cuáles son sus opciones del plan de Medicare y pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar de planes.

HICAP: equivalente en Texas al programa SHIP

TELÉFONO	1-800-252-9240
DIRECCIÓN	P.O. Box 149030 Austin, Texas 78714-9030
SITIO DE INTERNET	http://www.dads.state.tx.us/

SECCIÓN 4 Organización de mejoras de calidad (QIO) (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

Hay una Organización de mejoras de calidad en cada estado. Ésta es una lista de las Organizaciones de mejoras de calidad en cada estado donde están disponibles:

- En Texas, la QIO se llama Instituto de Calidad Médica de TMF.

La Organización de mejoras de calidad cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Las Organizaciones de mejoras de calidad son organizaciones independientes. No tienen relación con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si desea hacer una reclamación sobre la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura de su estadía en el hospital es demasiado corta.
- Considera que la cobertura de su atención médica en el hogar, su atención en centros de enfermería especializados o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) tiene una duración demasiado corta.

Instituto de Calidad Médica de TMF, Organización de mejoras de calidad de Texas	
TELÉFONO	1-800-725-9216
DIRECCIÓN	Bridgepoint I, Suite 300 5918 West Courtyard Drive Austin, TX 78730-5036
SITIO DE INTERNET	http://www.tmf.org/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses mayores de 65 años o las personas que sufren discapacidades o enfermedad renal en etapa terminal que reúnen ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o concurrir a la oficina local del Seguro Social.

Seguro Social	
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, debe contar con un aparato telefónico especial y sólo lo pueden usar las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO DE INTERNET	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto, federal y estatal que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados con los costos de la atención médica)

Medicaid es un programa conjunto, federal y estatal que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados con los costos de la atención médica. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, a través de Medicaid, se ofrecen programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas. Estos programas ayudan a ahorrar dinero cada año a las personas con ingresos y recursos limitados:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parta A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB) y personas elegibles (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas que sufren discapacidades y trabajan (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas-Medicaid (Texas)	
TELÉFONO	1-800-252-8263
DIRECCIÓN	4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO DE INTERNET	http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid/index.html

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos de venta con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda o automóvil. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de las recetas del plan de medicamentos de Medicare. Dicha Ayuda adicional también cuenta para sus costos de desembolso.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para obtener Ayuda adicional. Algunas personas automáticamente reúnen los requisitos para obtener Ayuda adicional y no deben inscribirse. Medicare envía una carta a las personas que automáticamente reúnen los requisitos para obtener Ayuda adicional.

Quizá pueda obtener Ayuda adicional para pagar los costos y las primas de sus medicamentos de venta con receta. Averigüe si reúne los requisitos para obtener Ayuda adicional llamando a:

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

Si cree haber calificado para la Ayuda adicional y cree estar pagando un costo compartido incorrecto por su medicamento de venta con receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente, o bien, si ya tiene evidencia, proporcionárnosla.

- Si necesita ayuda para obtener la mejor evidencia disponible de su nivel de asistencia, llame al Departamento de inscripción al número 1-866-686-2507. Si tiene evidencia de su nivel de asistencia, como su tarjeta de Medicaid actual, cuna copia de la carta de otorgamiento de la Administración del Seguro Social (SSA) actual o una copia de los trámites estatales, puede enviárnosla por fax al número 1-866-686-2508, o por correo a Care Improvement Plus, attn: Enrollment Department, P.O. Box 691350, San Antonio, TX 78269-9973.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda efectuar el copago correcto la próxima vez que compre un medicamento en la farmacia. Si efectúa un copago mayor que el que le corresponde, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o lo compensaremos en los futuros copagos. Si la farmacia no ha recibido su copago y dicho copago ha quedado como una deuda que usted tiene con la farmacia, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros.

Programa de Descuento de Intervalo de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento de Intervalo de Cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes en medicamentos de marca para los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado el intervalo de la cobertura y que ya no reciben “Ayuda adicional”. Está disponible un descuento del 50% en el precio negociado (se excluye la tarifa de expendio) para los medicamentos de marca de los fabricantes que han acordado pagar el descuento.

Si alcanza el intervalo de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le cobre la receta y su Explicación de beneficios (EDB) e mostrará el descuento ofrecido. Tanto el monto que pague como el monto descontado por el fabricante, se tienen en cuenta para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado y lo ayuda a avanzar en el intervalo en la cobertura.

También tendrá cobertura en medicamentos genéricos. Si alcanza el intervalo de cobertura, el plan le cubrirá el 14% del precio de medicamentos genéricos y usted deberá pagar el 86% restante del precio. La cobertura de medicamentos genéricos no funciona con el 50% de descuento como los es para medicamentos de marca. En el caso de medicamentos genéricos el monto pagado por el plan (14%) no se tiene en cuenta para sus costos de desembolso. Sólo el monto que usted paga es el que se tiene en cuenta y lo ayuda a avanzar en el intervalo en la cobertura. Asimismo, la tarifa de expendio se incluye en el costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que toma o sobre el Programa de Descuento de Intervalo de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada).

¿Qué sucede si obtiene ayuda adicional de Medicare para el pago de los costos de sus medicamentos de venta con receta? ¿Obtendrá los descuentos?

No. Si obtiene Ayuda adicional, usted ya tiene cobertura para los costos de los medicamentos con receta durante el intervalo de cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento pero considera que debería obtenerlo?

Si cree haber llegado a la brecha de cobertura y no ha obtenido un descuento al pagar por su medicamento de marca, debe revisar su siguiente aviso de *Explicación de los Beneficios* (EDB). En caso de que el descuento no aparezca en la *Explicación de los Beneficios*, deberá ponerse en contacto con nosotros para verificar que sus registros de recetas estén correctos y actualizados. En caso de que consideremos que el descuento no es pertinente, usted podrá apelar dicha decisión. Usted podrá obtener ayuda para efectuar dicha apelación llamando a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) 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.

SECCIÓN 8 **Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales de los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si desea hacer preguntas sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación para Ferroviarios	
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono con teclado por tonos, puede acceder a la información grabada y los servicios automáticos las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, debe contar con un aparato telefónico especial y sólo lo pueden usar las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	http://www.rrb.gov

SECCIÓN 9 **¿Tiene “seguro grupal” u otro tipo de seguro médico de un empleador?**

Si usted (o su cónyuge) recibe los beneficios de un plan de salud grupal de su empleador (o el de su cónyuge) o para jubilados, y desea realizar alguna pregunta, llame al administrador de beneficios del empleador/la unión o Servicios para los Miembros. Puede hacer preguntas sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción que ofrece su empleador (o el de su cónyuge) o el seguro para jubilados.

Si cuenta con otra cobertura de medicamentos de venta con receta por parte de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudar a determinar cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos de venta con receta con nuestro plan.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura de su plan para los servicios médicos

SECCIÓN 1	Puntos que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan.....	26
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	26
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan	26
SECCIÓN 2	Cómo utilizar los proveedores de la red o fuera de la red para obtener atención médica.....	27
Sección 2.1	Puede escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica	27
Sección 2.2	Cómo obtener los servicios de especialistas y otros proveedores de la red.....	28
Sección 2.3	Cómo obtener los servicios de proveedores fuera de la red.....	28
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una urgencia.....	29
Sección 3.1	Cómo obtener atención en caso de emergencia médica.....	29
Sección 3.2	Cómo obtener atención si tiene una urgencia médica.....	30
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?.....	31
Sección 4.1	Puede solicitar al plan que pague su parte del costo por los servicios cubiertos.	31
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total.	31
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	31
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	31
Sección 5.2	Cuando participe en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga y bajo qué concepto lo hace?.....	32
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención para la salud”	33
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención para la salud?	33
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención que se brinda en instituciones religiosas no médicas de atención para la salud cubre nuestro plan?	33
SECCIÓN 7	Reglas para la posesión de equipo médico duradero.....	34
Sección 7.1	¿El equipo médico duradero será suyo luego de realizar cierto número de pagos del plan?	34

SECCIÓN 1 Puntos que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se mencionan los puntos que debe saber sobre cómo usar el plan para obtener la cobertura de su atención médica. Aquí se definen los términos y se explican las reglas que debe seguir para recibir tratamientos médicos, servicios y cualquier otro tipo de atención médica cubierta por el plan.

Para obtener información sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted como parte del costo cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios que figura en el próximo capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

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

Aquí le presentamos algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los servicios que usted tiene cubiertos por ser miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud a los que el estado les otorga licencia para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instituciones 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 nuestro pago y su costo compartido como pago en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por el costo de la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, usualmente paga sólo la parte del costo de los servicios que le corresponde a usted.
- **“Servicios cubiertos”** incluye toda la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos médicos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de la atención médica figuran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como todo Plan de Salud de Medicare, Care Improvement Plus debe cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original y debe respetar las mismas reglas de cobertura.

Care Improvement Plus generalmente cubre su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía).
- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria.** “Necesario por motivos médicos” significa que los servicios, suministros, o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de alguna afección médica y cumplen con las normas de buenas prácticas médicas.
- **Reciba la atención de un proveedor que participa de Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir la atención de un proveedor de la red o un proveedor no perteneciente a la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red figuran en el *Directorio de proveedores*.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo por los servicios cubiertos puede ser más elevada.

- **Dado que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no hay un proveedor de la red disponible, puede ir a un proveedor fuera de la red, pero en este caso, el monto es el correspondiente al de los proveedores de la red.**
- **Tenga en cuenta:** A pesar de que puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red, dicho proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. En el caso de que usted asista a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, deberá hacerse responsable de todos los costos de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores de la red o fuera de la red para obtener atención médica

Sección 2.1	Puede escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica
--------------------	--

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

Un PCP es su “médico de atención primaria”. Un PCP es el médico que controla su atención médica general, cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Generalmente, en la mayoría de las situaciones en las que necesite atención médica de rutina, visitará primero a su PCP.

Su PCP puede ayudarlo a programar o coordinar sus servicios cubiertos. Estos servicios incluyen las radiografías, las pruebas de laboratorio, las terapias, los especialistas, las hospitalizaciones y la atención de seguimiento. Su PCP también se comunica con otros proveedores del plan para recibir actualizaciones sobre su atención o los tratamientos recibidos. Debido a que su PCP coordina su atención, éste debe recibir en su consultorio todos los registros médicos anteriores.

Cualquier proveedor que administre su atención médica en general puede ser su PCP; sin embargo, según la especialidad del PCP, su parte del costo puede ser mayor. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener más información.

¿Cómo elige a su PCP?

Como miembro de Care Improvement Plus, se le recomienda que elija un PCP. Puede elegir a su PCP dentro de la red de nuestro plan o puede elegir uno que esté fuera de la red. De todas maneras, el proveedor debe aceptar Medicare y estar dispuesto a aceptar el pago de nuestro plan. Si usted no tiene un PCP o si desea buscar uno nuevo, puede llamar a Servicios para los Miembros, y lo ayudarán a encontrar uno. Para consultar la lista más actualizada de los proveedores del plan, visite www.careimprovementplus.com o llame a Servicios para los Miembros.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP decida abandonar la red de proveedores de nuestro plan y, de ser así, usted deberá buscar un nuevo PCP en nuestro plan.

No es necesario que notifique al plan si cambia de PCP; sin embargo, si desea actualizar su registro de afiliación, puede comunicarse con Servicios para los Miembros, y actualizaremos su información.

Sección 2.2 Cómo obtener los servicios de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para enfermedades o partes del cuerpo específicas. Existen diferentes tipos de especialistas. Aquí le presentamos algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con determinados trastornos en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Puede recibir atención de cualquier especialista dentro o fuera de la red, siempre y cuando esté aprobado por Medicare y desee aceptar el pago del plan, sin necesidad de derivaciones por los servicios cubiertos por Medicare.

Care Improvement Plus no requiere una derivación por los servicios cubiertos por Medicare; sin embargo, unos pocos servicios requieren autorización o autorización previa del plan. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización o autorización previa, consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos: qué está cubierto y qué paga usted*). Si va a recibir servicios que requieren autorización previa, solicite a su PCP que llame al número para “autorizaciones” que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación.

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

Es posible que un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red que usted utiliza abandone el plan. Si la red de proveedores de nuestro plan cambia de forma significativa, le enviaremos una carta especial en la que se detallan estos cambios. Como recordatorio, dado que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, no es necesario que usted consulte con un proveedor de la red. Puede recibir atención de parte de un proveedor no perteneciente a la red, siempre y cuando esté aprobado por Medicare y acepte el pago del plan. Si debe consultar con un especialista o cualquier otro proveedor de atención médica de forma urgente, llame a Servicios para los Miembros y lo ayudarán a localizar un proveedor que le brinde la atención médica inmediata necesaria.

Sección 2.3 Cómo obtener los servicios de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, tiene la opción de obtener los servicios de proveedores que no pertenecen a la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores que pertenezcan o no a la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si consulta a un proveedor que no pertenece a la red, es posible que su parte del costo por los servicios cubiertos sea más elevada.** A continuación, se mencionan otros aspectos importantes relacionados con la obtención de servicios de proveedores que no pertenecen a la red:

- A pesar de que puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red, dicho proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. En el caso de que usted reciba asistencia de un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, deberá hacerse responsable de todos los costos de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sean elegibles para participar en Medicare.
- No necesita obtener una derivación o autorización previa para recibir los servicios de proveedores que no pertenecen a la red. Sin embargo, antes de requerir los servicios de proveedores que no pertenezcan a la red, debería solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que va a obtener estén cubiertos y sean considerados necesarios por motivos médicos. (Consulte el Capítulo

9, Sección 4 para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura.) Esto es importante porque:

- Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si más tarde determinamos que los servicios no están cubiertos o no son médicamente necesarios, podemos negar la cobertura, y usted será responsable del costo total. Si negamos la cobertura de sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo hacer una apelación, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo*).
- **Debido a que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no puede acceder fácilmente a un proveedor contratado de la red, usted puede recibir atención de un proveedor que no pertenezca a la red al mismo costo compartido como si perteneciera a la red. Comuníquese con Servicios para los Miembros para informarnos que necesita consultar a un proveedor que no pertenece a la red o para obtener ayuda para encontrar a un proveedor que no pertenezca a la red.**
- Es conveniente solicitarle a un proveedor que no pertenece a la red que primero le facture al plan. No obstante, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. O bien, si un proveedor que no pertenece a la red le envía una factura que cree que nosotros debemos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte correspondiente de la factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre qué debe hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, atención de urgencia o diálisis fuera de la zona, es posible que no tenga que pagar un monto más elevado del costo compartido. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una urgencia

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de emergencia médica
--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si se encuentra ante una?

Se habla de una “**emergencia médica**” cuando usted, o cualquier otra persona que tenga algún conocimiento de salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieran atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de algún miembro, o de alguna función de algún miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor fuerte, o una afección médica que empeore rápidamente.

En caso de emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda tan rápido como sea posible.** Llame al 911 para solicitar ayuda, o diríjase a la sala de emergencias, el hospital o el centro de urgencias más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o la derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona nos deben llamar para avisarnos sobre su atención de emergencia, en general en el plazo de 48 horas. Llame a nuestro departamento de Administración de la utilización al 1-888-625-2204 (TTY 1-866-902-1141).

¿Qué servicios están cubiertos en caso de una emergencia médica?

Puede obtener cobertura para atención médica de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en las situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más

información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de esta guía.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que lo atiendan en la emergencia para que nos ayuden a controlar y a realizar un seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia ha concluido.

Una vez concluida la emergencia, tendrá derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición siga siendo estable. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si recibe atención de seguimiento por parte de proveedores que no pertenecen a la red deberá pagar los costos más altos compartidos fuera de la red.

¿Qué sucede si no fuera una emergencia médica?

En ocasiones, puede ser difícil saber si verdaderamente se encuentra ante una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que vaya a un centro de emergencias creyendo que su salud está en grave peligro y que el médico le diga finalmente que no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención siempre que haya creído razonablemente que su salud se encontraba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* es una emergencia, el monto del costo compartido que pague dependerá de si recibe los servicios de proveedores de la red o proveedores fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, la parte de sus costos generalmente serán inferiores que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención si tiene una urgencia médica

¿Qué es la “atención de urgencia”?

“Atención de urgencia” se refiere a una enfermedad, lesión o afección médica imprevistas que no son de emergencia aunque requieren cuidado médico inmediato, pero para la cual la red de proveedores del plan se no se encuentra temporalmente disponible o accesible. Una afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote inesperado de una afección desconocida (por ejemplo un brote de alguna enfermedad crónica de la piel).

¿Qué sucede si se encuentra en la zona de servicios del plan cuando necesita atención de urgencia?

En la mayoría de los otros casos, si se encuentra dentro de la zona de servicios del plan y utiliza los servicios de un proveedor fuera de la red, pagará una parte mayor de los costos por su atención. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y no puede disponer temporalmente de los proveedores de la red o acceder a ellos, le permitiremos obtener los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red por el menor monto de costo compartido correspondiente a la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera de la zona de servicios del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando se encuentra fuera de la zona de servicios y no puede obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor por el menor monto de costo compartido correspondiente a la red.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia o ningún otro tipo de atención ante situaciones que no sean de emergencia si la recibe fuera de los Estados Unidos.

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

Sección 4.1	Puede solicitar al plan que pague su parte del costo por los servicios cubiertos.
--------------------	--

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

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

Care Improvement Plus cubre todos los servicios médicos necesarios por razones médicas, incluidos en la Tabla de beneficios médicos (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía), y se obtienen de acuerdo a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque no se siguieron las reglas del plan.

Si está considerando la posibilidad de recibir un servicio o atención médica y desea hacer una pregunta sobre el pago de nuestra parte, tiene derecho a preguntárnoslo antes de recibir el servicio. Si negamos la cobertura de sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)*) contiene más información sobre lo que debe hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los Miembros al número que figura en la contraportada de esta guía para obtener más información sobre cómo hacerlo.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, debe pagar el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado todo su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado un límite de beneficio, los costos de desembolso contarán para el máximo de costos de desembolso. Puede llamar a Servicios para los Miembros cuando quiera saber cuánto de su límite de beneficio ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, al pedir la ayuda de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a comprobar si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *tendrá la responsabilidad de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare aprueba el estudio, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para explicarle más sobre dicho estudio y comprobar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo realizan.

Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para éste, y comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en el estudio.

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita aprobación nuestra o de su proveedor. *No* es necesario que los proveedores que lo atienden en el estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes que participará en un estudio de este tipo**. A continuación le indicamos por qué nos lo debe informar:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos indicarle qué servicios recibirá por parte de los proveedores de estudios de investigación clínica en lugar de recibirlos por parte de nuestro plan.

Si tiene planes de participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los Miembros (consulte la Sección 1 del Capítulo 2 de esta *Evidencia de cobertura*).

Sección 5.2 Cuando participe en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga y bajo qué concepto lo hace?

Una vez que comience a participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto por los servicios y artículos de rutina que reciba como parte del estudio, incluso:

- Cama y comida durante una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera 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.

Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará por la parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que por los servicios que reciba como parte del estudio pagará el mismo monto que pagaría si recibiera dichos servicios de nuestro plan.

A continuación le presentamos un ejemplo de cómo funciona el sistema de costos compartidos:

Supongamos que usted necesita una prueba de laboratorio para el estudio de investigación que cuesta \$100. También supongamos que su parte del costo por esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero se reduciría a \$10 con los beneficios de nuestro plan. En ese caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus notificaciones de resumen de Medicare u otra documentación que indique qué servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Mientras participe de un estudio de investigación clínica, **Medicare y nuestro plan no pagarán nada de lo enumerado a continuación:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare lo cubriera, incluso si usted *no* estuviera en el estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporciona a usted o cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o servicios provistos sólo para recopilar datos y que no se usen para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su enfermedad requiriera normalmente sólo una tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y estudios de investigación clínica” (Medicare and Clinical Research Studies) en el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención para la salud”

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

Una institución religiosa no médica de atención para la salud es un centro que brinda atención en caso de enfermedades que se tratarían normalmente en un hospital o centro de enfermería especializado. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializado va en contra de los principios religiosos de un miembro, se debe optar por una cobertura de atención en una institución religiosa no médica de atención para la salud. Puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio corresponde sólo a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención para la salud no médicos). Medicare sólo pagará servicios de atención para la salud no médicos provistos por instituciones religiosas no médicas de atención para la salud.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención que se brinda en instituciones religiosas no médicas de atención para la salud cubre nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de atención para la salud, debe firmar un documento legal donde usted indique que se opone de manera consciente a recibir tratamientos médicos “no exceptuados”.

- La atención médica o los tratamientos “no exceptuados” son cualquier tipo de atención médica o tratamiento que sean *voluntarios* o *no exigidos* por leyes federales, estatales o locales.
- Los tratamientos médicos “exceptuados” corresponden a la atención médica o al tratamiento que usted recibe que *no* es voluntario o *que exigen* las leyes federales, estatales o locales.

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

- La institución que brinda la atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan de cobertura de los servicios que usted recibe se limita a aspectos de la atención *no religiosos*.
- Si recibe servicios que se proporcionan en su casa por parte de esta institución, nuestro plan cubrirá estos servicios sólo si su enfermedad normalmente reuniría las condiciones para la cobertura de servicios

proporcionados por agencias de atención de la salud en el hogar que no sean instituciones religiosas no médicas de atención para la salud.

- Si los servicios que recibe de esta institución se proporcionan en un centro, se aplica la siguiente condición:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de centros de enfermería especializados.
 - - y - debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que ingrese al centro; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.

Se aplican los límites de cobertura para hospitalización de Medicare; consulte la tabla de beneficios médicos de esta guía en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿El equipo médico duradero será suyo luego de realizar cierto número de pagos del plan?
--------------------	--

Equipo médico duradero incluye equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital, entre otros, indicados por un proveedor para ser utilizados en la casa. Ciertos elementos como las prótesis, son siempre propiedad de la persona inscrita. En esta sección, analizaremos otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilarse.

En Medicare Original, la gente que alquila ciertos tipos de equipo médico duradero se convierte en propietaria del equipo luego de haber realizado los copagos correspondientes para dicho equipo por 13 meses. En cambio, como miembro de Care Improvement Plus, por lo general no se le otorga la propiedad del equipo médico duradero independientemente de la cantidad de copagos efectuados para dicho equipo siendo miembro de nuestro plan. Sólo en ciertas circunstancias especiales se transfiere la propiedad del equipo médico duradero. Comuníquese con el Departamento de atención a miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía) para averiguar los requisitos y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que ha realizado por el equipo médico duradero cuando se cambia al Medicare Original?

Si usted se cambia a Medicare Original luego de ser miembro de nuestro plan: Si usted no alcanza la posesión del equipo médico duradero durante su permanencia en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo mientras se encuentre en Medicare Original para que el equipo comience a ser suyo. Los pagos previos que haya realizado durante su permanencia en el plan no se tendrán en cuenta como parte de lo 13 pagos consecutivos.

En caso de que haya realizado pagos por el equipo médico duradero a través de Medicare Original *antes* de haberse incorporado a nuestro plan, estos pagos previos a Medicare Original tampoco se tendrán en cuenta para los nuevos 13 pagos consecutivos. Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo a través de Medicare Original para poder obtener la posesión. No habrá excepciones en cuanto a este punto en caso de que regrese a Medicare Original.

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

SECCIÓN 1	Información sobre sus costos de desembolso por servicios cubiertos.....	36
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso que podría pagar por sus servicios cubiertos.....	36
Sección 1.2	¿Cuánto es el máximo que usted paga por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?.....	36
Sección 1.3	Nuestro plan no les permite a los proveedores “facturarle el saldo”	37
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará.....	38
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan.....	38
SECCIÓN 3	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?.....	57
Sección 3.1	Beneficios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	57

SECCIÓN 1 Información sobre sus costos de desembolso por servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que contiene una lista de sus servicios cubiertos y le indica cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Care Improvement Plus. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Además, se le informa sobre las limitaciones de algunos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que podría pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso que es posible que pague por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted realiza un copago en el momento en que recibe cada servicio. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre copagos.)
- El **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe cada servicio. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre coseguros).

Algunas personas reúnen los requisitos para ingresar a programas de Medicaid de su estado mediante los cuales se las ayuda a pagar sus costos de desembolso para Medicare. (Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen los programas Beneficiario calificado de Medicare (QMB), Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare (SLMB), Individuos que reúnen los requisitos (QI) e Individuos discapacitados calificados que trabajan (QDWI)). Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que aún deba pagar un copago por el servicio, de acuerdo con las reglas de su estado.

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que usted paga por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Dentro de nuestro plan, existen dos tipos de límites en relación a lo que debe pagar por su propia cuenta por servicios médicos cubiertos:

- Su **monto de desembolso máximo dentro de la red** es de \$6,700. Es el monto máximo que paga durante el año calendario por servicios cubiertos por el plan recibidos de proveedores de la red. Los montos que usted paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos prestados por proveedores de la red se tienen en cuenta para este monto de desembolso máximo dentro de la red. (Los montos que usted pague por medicamentos de venta con receta de la Parte D y servicios de proveedores que no pertenecen a la red no se tendrán en cuenta para el monto máximo de desembolso. Asimismo, los montos que pague por algunos servicios no se tendrán en cuenta para su monto de desembolso máximo dentro de la red. Dichos servicios se encuentran marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si usted ha pagado \$6,700 por servicios de proveedores de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá ningún costo de desembolso por el resto del año cuando consulte a proveedores de

nuestra red. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o algún otro tercero se haga cargo de pagarla).

- **Su monto de desembolso máximo combinado** es de \$6,700. Es el monto máximo que paga durante el año calendario por servicios cubiertos por el plan recibidos de proveedores de la red. Los montos que usted pague en concepto de deducibles, copagos y coseguros por servicios cubiertos serán tenidos en cuenta para el monto máximo combinado por desembolso. (Los montos que pague por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D no serán tenidos en cuenta para el monto máximo combinado de desembolso. Asimismo, los montos que pague por algunos servicios no se tendrán en cuenta para su monto máximo combinado de desembolso. Dichos servicios se encuentran marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si usted ha pagado \$6,700 por servicios cubiertos, recibirá una cobertura del 100% y no tendrá ningún costo de desembolso por el resto del año en concepto de servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o algún otro tercero se haga cargo de pagarla).

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores “facturarle el saldo”

Como miembro de Care Improvement Plus, una protección importante para usted es que luego de que usted cumpla con algún deducible, sólo tendrá que pagar el monto de los costos compartidos del Plan cuando obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a los proveedores a sumar ningún otro cargo adicional por separado como la "facturación de saldo". Esta protección (por la que nunca pagará más que el monto de los costos compartidos del Plan) rige incluso si le pagamos a los proveedores menos de lo que ellos cobran por un servicio e incluso si existe alguna disputa por la que no pagamos algunos costos del proveedor.

A continuación, se detalla cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo \$15.00), usted paga sólo ese monto por cualquier servicio de un proveedor de la red. Por lo general tendrá un copago más elevado si requiere servicios de proveedores que no pertenezcan a la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos) nunca tendrá que pagar un porcentaje más alto. Sin embargo, sus costos dependen de qué tipo de proveedor busque:
 - Si utiliza servicios cubiertos de proveedores de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (tal como se lo estipula en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores que participan.
 - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el monto del coseguro multiplicado por las tarifas de pago de Medicare para proveedores que no participan.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios que el plan Gold Rx cubre y lo que paga usted como costo de desembolso por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proporcionarse de acuerdo a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (lo que incluye la atención, los servicios, los suministros y los equipos médicos) *deben ser* necesarios por razones médicas. “Necesario por motivos médicos” significa que los servicios, suministros, o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de alguna afección médica y cumplen con las normas de buenas prácticas médicas.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *sólo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación anticipada (a veces llamada “autorización previa”) de Care Improvement Plus.
 - Los servicios cubiertos que exigen aprobación anticipada para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie. Además, los siguientes servicios no enumerados en la Tabla de beneficios requieren aprobación anticipada:
 - Algunos medicamentos de la Parte B administrados en el consultorio del médico. Comuníquese con el Departamento de atención a miembros para obtener una lista completa o visite www.careimprovementplus.com.
 - En ningún caso necesita aprobación anticipada para servicios fuera de la red prestados por proveedores fuera de la red.
 - Si bien no necesita aprobación anticipada para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por anticipado.
- Para aquellos beneficios en los que el costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que usted paga varía según el tipo de proveedor que le brinda el servicio:
 - Si usted utiliza servicios de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa total del proveedor fijada en el contrato del proveedor,
 - Si usted utiliza servicios de un proveedor que no pertenece a la red pero que pertenece a Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa permitida por Medicare,
 - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el cargo límite de Medicare Original.
- Al igual que Medicare Original, cubrimos los servicios preventivos sin costos para usted. Sin embargo, si se lo trata o se lo controla por alguna afección preexistente durante la consulta en la que recibe servicios preventivos, se le aplicará un copago por los cuidados recibidos a raíz de dicha afección preexistente.

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Atención para pacientes hospitalizados

Atención para pacientes hospitalizados

Los servicios cubiertos incluyen:

- Habitación semiprivada (o habitación privada en caso de ser necesario por razones médicas).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería regulares.
- Costos por internación en unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios).
- Fármacos y medicamentos.
- Pruebas de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios de radiología.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Utilización de aparatos, como sillas de ruedas.
- Costos por quirófano y sala de recuperación.
- Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje.
- Servicios de atención por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
- En algunas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, de riñón, pancreático-renal, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón-pulmón, de médula ósea, de células madre, de intestino y multivisceral. Si necesita un trasplante de órganos, pediremos que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para el trasplante. En caso de que Care Improvement Plus le brinde servicios de trasplante en algún lugar alejado (fuera de la comunidad donde se suelen brindar los servicios de cuidado) y usted elija recibir el trasplante en dicho lugar, nos haremos cargo de los gastos de hospedaje y transporte para usted y un acompañante.
- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios de profesionales médicos.

\$175 de copago los días 1 a 15.
\$0 de copago los días 16 a 90.*

\$0 por día de reserva vitalicia (el plan cubre 60 días de reserva vitalicia).

Es necesario efectuar una notificación dentro de las 24 horas para las hospitalizaciones en la sala de emergencia.

Se requiere autorización previa para cuidados intensivos a largo plazo, SNF y centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos de hospitalizaciones electivas que incluyen:

- **Blefaroplastía**
- **Dispositivos de asistencia ventricular izquierda**
- **Trasplante de órganos y médula ósea**
- **Procedimientos bariátricos (pérdida de peso)**
- **Marcapasos implantables**
- **Desfibriladores**

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Nota: Para ser considerado un paciente hospitalizado, su proveedor deberá realizar un pedido por escrito de que debe ser hospitalizado. Incluso aunque permaneciera en el hospital durante un día, usted podría considerarse un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente hospitalizado, consulte al personal del hospital.

También puede consultar la hoja de información de Medicare que se titula "¿Eres paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Consulte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none">Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Recibe hasta 190 días de internación en un hospital psiquiátrico de por vida. Los servicios brindados durante la hospitalización en un hospital psiquiátrico se tendrán en cuenta en el límite de por vida de 190 días sólo si se cumplen ciertas condiciones. El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental brindados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	<p>\$1,000 por ingreso*</p> <p>\$0 por día de reserva vitalicia (el plan cubre 60 días de reserva vitalicia).</p> <p>Recibe hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializado (SNF)</p> <p>(Consulte la definición de “centro de enfermería especializado” en el Capítulo 12 de esta guía. Los centros de enfermería especializados también se conocen como “SNF, por sus siglas en inglés”)</p> <p>No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">Habitación semiprivada (o habitación privada en caso de ser necesario por razones médicas).Comidas, incluidas dietas especiales.Servicios de enfermería regulares.Terapia física, ocupacional y del habla.Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre).Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por SNF.Pruebas de laboratorio normalmente provistas por SNF.Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por SNF.Utilización de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por SNF.Servicios de profesionales médicos.	<p>\$0 de copago los días 1 a 20. \$130 de copago los días 21 a 100.*</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por hospitalización.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Por lo general, obtendrá atención de SNF de los centros que pertenecen al plan. Sin embargo, en determinados casos, que se explican a continuación, podrá pagar los costos compartidos correspondientes a la red, por un centro que no sea un proveedor del plan, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro Plan.

- Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidados continuos para jubilados donde haya estado viviendo justo antes de ingresar en el hospital (siempre que brinde atención de enfermería especializada).
- Un SNF en el que esté viviendo su cónyuge cuando usted sale del hospital.

Servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante la hospitalización de un paciente sin cobertura

Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado, o si la internación no es razonable o necesaria, no cubriremos la hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados tipos de servicios que reciba mientras aún se encuentre en el hospital o en el SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

- Servicios de profesionales médicos.
- Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas de laboratorio)
- Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y los servicios del técnico
- Apósitos
- Apósitos, férulas, yesos quirúrgicos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones
- Prótesis y dispositivos ortóticos (excepto los dentales) que reemplacen a un órgano interno en forma total o parcial (incluido el tejido contiguo), o a la función de un órgano interno con mal funcionamiento o inoperante de manera permanente en forma total o parcial, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos y prótesis.
- Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente.
- Terapia física, del habla y ocupacional.

(Para obtener información sobre los copagos y coseguros aplicables para los servicios cubiertos enumerados a la izquierda, consulte las páginas correspondientes de esta sección).

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Atención médica en el hogar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada, parcial o intermitente, y de asistencia para la salud en el hogar (para tener cubierto el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia para la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Terapia física, ocupacional y del habla.• Servicios médicos y sociales.• Suministros y equipos médicos.	<p>0% del costo (dentro de la red)</p> <p>40% del costo (fuera de la red)</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención en hospicios</p> <p>Podrá recibir la atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor que está dentro o fuera de la red.</p> <p>Medicare Original (en lugar de nuestro Plan) pagará por sus cuidados paliativos y cualquier servicio Partes A y B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras se encuentra en el programa de atención en hospicios, su proveedor de hospicios le facturará a Medicare Original por los servicios que Original Medicare le paga a usted.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor• Servicios de descanso a corto plazo• Atención en el hogar. <p>Seguirá siendo miembro de nuestro plan. Si necesita cuidados fuera del hospicio (cuidados no relacionados con su enfermedad terminal), usted tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede obtener estos cuidados por parte de los proveedores del plan. En este caso, sólo paga los costos compartidos que permite el plan• o bien, puede obtener los cuidados que cubre Medicare Original. En este último caso, deberá pagar los montos de costos compartidos bajo Medicare Original, con excepción de los servicios de emergencia o urgencia. Sin embargo, después de pagar, puede solicitarnos un reembolso por la diferencia entre el costo compartido de nuestro plan y el de Medicare Original.	<p>Quando se inscribe en un programa de centros de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios que se brinden, tanto hospitalarios como Partes A y B, relacionados con su enfermedad terminal, serán pagados por Medicare Original, no por Care Improvement Plus.</p> <p>Las consultas iniciales en centros paliativos se proporcionan sin cargo en centros certificados por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Nota: Si necesita cuidados fuera del hospicio (cuidados no relacionados con su enfermedad terminal), deberá comunicarse con nosotros para que arreglemos dichos servicios. Si obtiene estos cuidados a través de los proveedores de nuestra red, reducirá su parte del costo por los servicios.

Nuestro plan incluye servicios de consulta en centros paliativos (por una única vez) para personas con enfermedades terminales que no hayan escogido el beneficio de los centros de cuidados paliativos.

Servicios ambulatorios

Servicios de profesionales médicos, incluidas las visitas al consultorio

los servicios cubiertos incluyen:

- Los servicios médicos o quirúrgicos necesarios prestados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios, o cualquier otro lugar
- Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista.
- Exámenes básicos de la audición y el equilibrio, necesarios por razones médicas, realizados por su PCP si su médico se lo indica, para saber si necesita tratamiento médico.
- Visitas al consultorio de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista.
- Segunda opinión antes de la cirugía.
- Atención odontológica no de rutina (los servicios cubiertos se limitan a: cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra el cáncer o servicios que estarían cubiertos si fuesen proporcionados por un médico).

Copago de \$25 para visitas al consultorio médico cubiertas por Medicare.

Copago de \$25 por visitas de atención de urgencia dentro de la red en la zona.

Copago de \$50 por visitas a especialistas cubiertas por Medicare.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Cubrimos los servicios que sean necesarios por razones médicas, que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios en un departamento de emergencia o clínica

Copago de \$150 por servicios para pacientes ambulatorios

Los servicios para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa, a excepción

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>ambulatoria, incluso cirugías en el mismo día</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas de laboratorio que cobra el hospital• Atención de salud mental, incluso atención en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que es necesario un tratamiento para paciente hospitalizado• Radiografías y otros servicios de radiología que cobre el hospital• Suministros médicos, como férulas y yesos.• Ciertas pruebas de detección y servicios preventivos• Ciertos fármacos y sustancias biológicas que no puede autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que le autoricen la hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe hacerse cargo de los montos de nuestros costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso aunque permaneciera en el hospital durante un día, usted podría considerarse un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>También puede consultar la hoja de información de Medicare que se titula "¿Eres paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Consulte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>de ciertos procedimientos de hospitalizaciones electivas, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• Blefaroplastía• Dispositivos de asistencia ventricular izquierda• Trasplante de órganos y médula ósea• Procedimientos bariátricos (pérdida de peso)• Marcapasos implantables• Desfibriladores <p>Copago de \$40 por servicios de hospitalización parcial (se requiere autorización previa)</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cubrimos solamente manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (los servicios quiroprácticos de rutina <u>no</u> están cubiertos)	<p>Copago de \$20 para visitas cubiertas por Medicare</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo del pie en martillo o espolones en el talón)• Atención podiátrica de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan a los miembros inferiores• Visitas de rutina al podiatra <p>Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare son para atención podiátrica necesaria por razones médicas.</p>	<p>Copago de \$50 por servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago, límite de 6 visitas por año para visitas de rutina al podiatra</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por médicos, psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, enfermeros clínicos especialistas, enfermeros practicantes, asistentes médicos u otros profesionales de atención de la salud mental certificados por Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes.</p>	<p>Copago de \$40 por visitas individuales</p> <p>Copago de \$25 por visitas grupales</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda en un entorno para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de atención mental, es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de un médico o de un terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Copago de \$40</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Copago de \$40 por visitas individuales</p> <p>Copago de \$25 por visitas grupales</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos servicios brindados en centros quirúrgicos ambulatorios y hospitales con infraestructura para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: Si está por someterse a una cirugía en el hospital, consulte con su proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para que le autoricen la hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de nuestros costos compartidos por los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios. Incluso aunque permaneciera en el hospital durante un día, usted podría considerarse un "paciente ambulatorio".</p>	<p>Copago de \$150</p> <p>Los servicios para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa, a excepción de ciertos procedimientos de hospitalizaciones electivas, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• Blefaroplastía• Dispositivos de asistencia ventricular izquierda• Trasplante de órganos y médula ósea• Procedimientos bariátricos (pérdida de peso)• Marcapasos implantables• Desfibriladores

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Servicios de ambulancia

- Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria hacia el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, sólo si se proporcionan a un miembro cuya una afección médica sea tal que otros medios de transporte estén contraindicados (podrían poner en peligro la salud de la persona), o si lo autoriza el plan. La enfermedad del miembro debe requerir tanto el transporte en ambulancia propiamente dicho como el nivel de servicio provisto, para que el servicio facturado se considere necesario por razones médicas.
- El transporte en ambulancia, en casos que no son una emergencia es apropiado si se documenta que la afección médica del paciente es tal que otros medios de transporte están contraindicados (podrían poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es necesario por razones médicas.

Copago de \$150 (viaje de ida)

Atención de emergencia

La atención de emergencia es aquella que se necesita para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

La atención médica de emergencia se considera tal cuando usted, u otra persona, con conocimientos generales de salud y medicina, siente que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar perder la vida, perder una extremidad, o el funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor fuerte, o una afección médica que empeore rápidamente.

No está cubierta fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas.

Es necesario efectuar una notificación dentro de las 24 horas para las hospitalizaciones en la sala de emergencia.

Copago de \$65*

Copago de \$65* por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (observaciones).

*Anulado si es hospitalizado.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es la que se brinda para tratar una enfermedad, lesión o trastorno imprevistos que no son de emergencia, pero que necesitan atención médica inmediata y la red de proveedores del plan no está disponible o es temporalmente inaccesible.

No está cubierta fuera de los Estados Unidos excepto en circunstancias limitadas.

Copago de \$25* para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diferentes entornos ambulatorios, por ejemplo, departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes, y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Copago de \$50</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnen determinados requisitos, con el pedido del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$50</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, si tienen un pedido para realizar una rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Copago de \$50</p>
<p>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</p> <p>(Consulte la definición de “equipos médicos duraderos,” en el Capítulo 12 de esta guía.)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otras cosas, lo siguiente: sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bombas de infusión intravenosa, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>20% del costo (dentro de la red) 40% del costo (fuera de la red)</p> <p>Se requiere autorización previa para DME selecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vehículo eléctrico (POV): Sillas de ruedas motorizadas o scooter • Dispositivos de presión negativa para heridas (tratamiento de la herida mediante sistema de vacío) • Estimuladores de crecimiento óseo (estimuladores ultrasónicos de osteogénesis), estimuladores de la médula espinal (estimuladores de la columna dorsal) • Superficies de apoyo para reducir la presión (camas con flujo de aire sólo en el hogar)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
	<ul style="list-style-type: none"> • Bombas de linfedema (dispositivos de compresión neumática)
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos que reemplacen una parte o una función del cuerpo. Éstos incluyen, entre otras cosas, lo siguiente: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Incluye algunos suministros relacionados con prótesis y su reparación o reemplazo. También incluye cobertura parcial después de la extirpación de las cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte la sección “Cuidado de la visión” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>20% del costo</p> <p>Se requiere autorización previa para prótesis de miembros inferiores.</p>
<p>Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (utilicen insulina o no. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos para controlar la glucosa en sangre, tiras para prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras de prueba y los dispositivos. • Para las personas con diabetes que tengan enfermedad grave del pie diabético: Por año calendario, un par de zapatos creados a medida (incluidas las plantillas surtidas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos extra profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas convencionales desprendibles que se surten con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación del calzado. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>Copago de \$0*</p>
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico 	<p>20% del costo</p> <p>Este copago no se aplica a los servicios administrados durante una hospitalización, los servicios recibidos en un centro de enfermería especializado o en un centro de salud mental para</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none">• Suministros quirúrgicos, como apósitos• Apósitos, férulas, yesos quirúrgicos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones• Pruebas de laboratorio• Sangre La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. La cobertura del almacenamiento y la administración comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	<p>pacientes hospitalizados. Para los copagos relacionados con los servicios para pacientes hospitalizados, consulte la sección anterior Atención para pacientes hospitalizados.</p>
<p>Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos de atención oftalmológica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos de la visión. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, como las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes y los afroamericanos de 50 años de edad o mayores: examen de control de glaucoma una vez por año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se realiza dos cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de una extirpación de cataratas sin implante de lente.	<p>Copago de \$10 por examen oftalmológico cubierto por Medicare</p> <p>Copago de \$50 para anteojos cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios preventivos</p>	
<p>Nota: Al igual que Medicare Original, cubrimos los servicios preventivos sin costos para usted. Sin embargo, si durante una visita para tratar o controlar una afección médica existente, recibe servicios preventivos, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.</p>	
<p>Examen de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan sólo cubre esta prueba de detección si obtiene una derivación para que se lo realicen en su examen físico “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0*</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Examen de densitometría ósea</p> <p>Para las personas elegibles (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis) los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con una mayor frecuencia en caso de ser necesario por razones médicas: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados realizada por un médico.</p>	<p>Copago de \$0*</p>
<p>Control del cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para personas de 50 años de edad o mayores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.• Análisis de sangre oculta en heces, cada 12 meses. <p>Para las personas que tienen alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de control (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de control cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de haberse realizado una sigmoidoscopia de control.	<p>Copago de \$0*</p>
<p>Examen de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de detección de VIH o que corren un riesgo mayor de contraer una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p>Copago de \$0*</p>
<p>Vacunas</p> <p>Los servicios de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas contra la gripe, una vez al año, en otoño o en invierno.• Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.	<p>Copago de \$0*</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none">Otras vacunas, en caso de estar en riesgo y si cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D.</p>	
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años de edad o mayores.Examen clínico de las mamas una vez cada 24 meses	Copago de \$0*
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">Para todas las mujeres: Los exámenes de papanicolau y pélvicos están cubiertos una vez cada 24 mesesSi tiene alto riesgo de contraer cáncer de cuello del útero o si los resultados de su examen de Papanicolaou han sido anormales, y está en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.	Copago de \$0*
Exámenes de control de cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años de edad o mayores: <ul style="list-style-type: none">Examen digital del recto.Prueba de antígenos específicos de la próstata (PSA).	Copago de \$0*
Pruebas de control de enfermedades cardiovasculares Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de contraer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	Copago de \$0*
Examen físico “Bienvenido a Medicare” El plan cubre un único examen físico “Bienvenido a Medicare”, que incluye un revisión de su salud, así como capacitación y asesoramiento en lo que respecta a los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para otros servicios si es necesario.	No se incluye coseguro, copago ni deducible para el examen Bienvenido a Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Importante: Debe realizarse el examen físico durante los primeros 12 meses de la cobertura de Medicare Parte B. Al concertar su cita, infórmele al personal del consultorio del médico que le gustaría programar el examen físico “Bienvenido a Medicare”.</p>	
<p>Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la cobertura de la Parte B por más de 12 meses, puede concertar una visita de bienestar anual para crear o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y los factores de riesgos. Esta visita se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los primeros 12 meses de haber realizado el examen “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado el examen “Bienvenido a Medicare” para que le cubran las visitas de bienestar anual si ya ha tenido la cobertura de la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se incluye coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p>Control de la diabetes</p> <p>Cubrimos este control (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o un historial de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Si cumple otros requisitos, como padecer sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes, es posible que cubramos otras pruebas.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos controles de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Copago de \$0*</p>
<p>Tratamiento médico nutricional</p> <p>Se trata de un beneficio para personas con diabetes, personas con enfermedades renales (de los riñones) que no se estén realizando diálisis, y después de un trasplante, cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado el primer año, durante los cuales recibirá servicios de tratamiento médico nutricional a cargo de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas por año después del primer año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con el correspondiente pedido del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su pedido cada año si se necesita tratamiento en otro año calendario.</p>	<p>Copago de \$0*</p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Dejar de fumar y cese del uso del tabaco (consejería para dejar de fumar)

Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de una afección relacionada con el tabaquismo: cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro sesiones personales.

Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo, o si toma medicamentos que pueden ser afectados por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro sesiones personales; sin embargo, usted pagará los costos compartidos ambulatorios u hospitalarios.

Si no se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con o que se agrava por el tabaquismo:
Copago de \$0*

Si se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con o que se agrava por el tabaquismo, o si toma medicamentos que pueden ser afectados por el tabaco:
Copago de \$0*

Otros servicios

Servicios para tratar enfermedades y trastornos renales

20% del costo*

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de educación para el cuidado de los riñones y para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedades renales crónicas en etapa IV, cuando los derive su médico, cubrimos hasta un total seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera de la zona de servicios, según lo explicado en el Capítulo 3).
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es hospitalizado para recibir cuidados especiales).
- Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y para las personas que lo ayuden a realizar el tratamiento de diálisis en su hogar).
- Equipos y suministros para realizar la diálisis en el hogar.
- Algunos servicios de asistencia en el hogar (por ejemplo, cuando es necesario, visitas de trabajadores de la salud con experiencia en diálisis para controlar la diálisis que se realiza en su hogar, para ayudar en situaciones de emergencia y para controlar el equipo de diálisis y el suministro de agua).

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo el beneficio de Medicare Parte B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos Parte B, consulte la sección de abajo, “Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare.”

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.

Medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B

Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan tienen cubiertos estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan cuando recibe servicios de profesionales médicos, ambulatorios hospitalarios, o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que utiliza con los equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores, si está inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órganos.
- Medicamentos inyectables contra la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura ósea relacionada con la osteoporosis posmenopáusica (certificada por un médico) y si no puede autoadministrarse el medicamento.
- Antígenos.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas.
- Algunos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos los siguientes: heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.

En el Capítulo 5 se explica el beneficio relacionado con los medicamentos de venta con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que dichos medicamentos sean cubiertos. En el Capítulo 6 se detalla lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D a través de nuestro plan.

20% del costo*

20% del costo* de los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B.

Autorización previa requerida para determinados medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio médico y para determinados medicamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener una lista de los medicamentos.

Beneficios adicionales

Servicios odontológicos

Por lo general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes periódicos y radiografías) no están cubiertos por Medicare Original. Sí cubrimos: Ajustes de prótesis, exámenes periódicos, limpiezas y radiografías.

Copago de \$0 por beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.

Copago de \$10 por visitas de rutina al consultorio

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Las visitas al consultorio preventivas de rutina incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen periódico o 1 examen bucal integral (ya sea 1 examen periódico por año o 1 examen integral una vez cada 3 años).• 1 limpieza por año.• 1 serie de radiografías de aleta de mordida por año (de 2 a 4 placas).• Ajustes de prótesis dentales (2 de cualquiera de los 4 ajustes de prótesis anuales).	
<p>Servicios de cuidado de la audición</p> <p>Los exámenes básicos de la audición realizados por su proveedor se cubren como cuidado ambulatorio cuando los certifica un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p>	<p>Copago de \$50 por examen auditivo cubierto por Medicare</p>
<p>Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios de rutina cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de la vista de rutina por año.• Beneficio anual para lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos).	<p>\$10 de copago por examen de la vista de rutina (limitado a 1 por año).</p> <p>Copago de \$0 por anteojos o lentes de contacto.</p> <p>\$150 anuales para anteojos</p>
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Estos programas centran su atención en la educación sobre afecciones médicas clínicas tales como diabetes alta y fallas cardíacas. Están diseñados para mejorar la salud y el estilo de vida de los miembros e incluyen: capacitación sobre nutrición, tratamientos para dejar de fumar y una línea directa de enfermería las 24 horas del día durante los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0*</p>
<p>Servicios de transporte</p> <p>Los servicios de transporte de rutina están cubiertos para 12 viajes de ida por cualquier visita médica. (hasta 60 millas cada tramo)</p>	<p>Copago de \$0 por hasta 12 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año, en taxi, camioneta u otro tipo de servicio de transporte aprobado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Se aplica un importe reembolsable de beneficio fuera de la red para proveedores no pertenecientes a la red.</p>

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

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué tipo de beneficios están “excluidos”. “Excluidos” significa que el plan no los cubre.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia y algunos que están excluidos sólo en condiciones específicas.

Si obtiene beneficios que no están incluidos, usted debe pagar por ellos. No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (o en cualquier otro lugar de la presente guía), ni tampoco lo hará Medicare Original. La única excepción es: si se determina, tras una apelación, que un beneficio de la lista de exclusión es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión nuestra de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de esta guía).

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare Original ni por nuestro plan:**

- Los servicios que no sean razonables y necesarios según las normas de Medicare Original, a menos que estos servicios estén enumerados como servicios cubiertos por nuestro plan.
- Equipos, medicamentos y procedimientos quirúrgicos o médicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare Original por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro Plan y el Plan Medicare original determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por razones médicas y esté cubierto por Medicare Original.
- Habitación privada en hospital, excepto cuando sea necesaria por razones médicas.
- Enfermeros particulares.
- Artículos personales, como teléfono o televisión, en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializado.
- Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.
- El cuidado asistencial, a menos que se brinde con atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializados. El cuidado asistencial o cuidado no especializado es un tipo de atención que ayuda a las personas en sus actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.
- Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica para el grupo familiar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas livianas.
- Cargos impuestos por familiares o miembros más cercanos de su grupo familiar.
- Comidas enviadas a su hogar.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios para obtener mejoras (los que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, mejor desempeño sexual, mejor rendimiento atlético, con fines

cosméticos, para evitar el envejecimiento y para mejorar el rendimiento mental) excepto cuando sea necesario por razones médicas.

- Cirugías o procedimientos estéticos, a menos que sean por una lesión accidental o para mejorar alguna parte del cuerpo con malformación. Sin embargo, después de una mastectomía, están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno, así como la del seno no afectado, a fin de lograr una apariencia simétrica.
- La atención quiropráctica que no sea la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo a las pautas de cobertura de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que sean parte de un corrector para piernas y que estén incluidos en el costo de éste, o que los zapatos sean para una persona con la enfermedad del pie diabético.
- Aparatos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas que tengan la enfermedad del pie diabético.
- Los exámenes de audición de rutina, audífonos, o exámenes para probar los audífonos.
- Keratotomy radial, la cirugía de LASIK, terapia de visión y otra visión baja ayudan. Sin embargo, los lentes son cubiertos para personas después de la cirugía de catarata.
- Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros de anticonceptivos de venta sin receta.
- Acupuntura.
- Servicios naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios provistos a veteranos de guerra en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando los servicios de emergencia se reciben en un hospital de VA, y los costos compartidos de VA son superiores a los costos compartidos de nuestro plan, reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros aún deben hacerse cargo de los montos de nuestros costos compartidos.

El plan no cubrirá los servicios excluidos mencionados. Los servicios no cubiertos no tendrán cobertura aunque se reciban en un centro de emergencias.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	61
Sección 1.1	Este capítulo contiene la descripción de su cobertura para medicamentos de la Parte D. ..	61
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	62
SECCIÓN 2	Llene su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan.	62
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red.....	62
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	62
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de envío por correo del plan.....	63
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	63
Sección 2.5	¿En qué casos puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?.....	64
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la “Lista de medicamentos” del plan..	64
Sección 3.1	En la “Lista de medicamentos” se especifica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	64
Sección 3.2	Hay cuatro (4) “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos.	65
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos?	66
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.	66
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	66
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	66
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	67
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea?	68
Sección 5.1	Hay alternativas si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea.	68
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?.....	68

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que a su juicio es muy alto?	70
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	71
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.	71
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	71
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	72
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	72
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de afiliación al plan cuando llene una receta.	73
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de afiliación.	73
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de afiliación al plan consigo?	73
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	74
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializado por una hospitalización cubierta por el plan?	74
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted se encuentra en una institución de cuidado a largo plazo?.....	74
Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos de un plan de salud grupal de un empleador o para jubilados?	75
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	75
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura....	75
Sección 10.2	Programas para ayudar a los miembros a administrar su medicación	76



¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

Actualmente, ¿está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si forma parte de un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **parte de la información que se encuentra en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos de venta con receta Parte D no se aplique a su situación.** Hemos incluido un anexo separado denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para aquellos que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta” (cláusula LIS), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibe este anexo, llame al Servicio para los Miembros para solicitar la “Cláusula de la Evidencia de cobertura para aquellos que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta” (cláusula LIS). Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están en la contratapa de esta guía.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo contiene la descripción de su cobertura para medicamentos de la Parte D.

En este capítulo se explican las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo le informa qué debe pagar por los medicamentos Parte D (Capítulo 6, *Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Care Improvement Plus también cubre algunos medicamentos entre los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre medicamentos que se le administren durante hospitalizaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializado. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*) encontrará información sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante una hospitalización cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializado.
- Medicare Parte B también ofrece beneficios para algunos medicamentos. Por medicamentos de la Parte B se entiende: determinados medicamentos para quimioterapia, determinados medicamentos inyectables que se le administran durante una visita al consultorio y medicamentos que se le administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*) encontrará información sobre los beneficios y costos para medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos de venta con receta están cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan. **En este capítulo se explican las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo le informa qué debe pagar por los medicamentos Parte D (Capítulo 6, *Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*).

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

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las siguientes reglas básicas:

- Solicite la receta a un proveedor (un médico o una persona autorizada).
- Debe llenar su receta en una de las farmacias de la red. (Consulte la Sección 3, *Llene su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan.*)
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 4, *Sus medicamentos deben figurar en la “lista de medicamentos”* del plan.)
- Su medicamento debe utilizarse por un motivo aceptado médicamente. Un “motivo aceptado médicamente” es aquel en el que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o respaldado en determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente.)

SECCIÓN 2 Llene su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan.

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

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubrirán *sólo* si se llenan en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 3.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos cuyas recetas se hayan llenado en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que ha firmado un contrato con el plan para proveer sus medicamentos de venta con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de venta con receta de la Parte D que están cubiertos por el plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Guía de proveedores y farmacias combinadas*, visite nuestro sitio web (www.careimprovementplus.com), o llame Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía). Elija lo que le resulte más sencillo.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a obtener el medicamento que ha estado tomando, puede pedir que un proveedor llene una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si su farmacia deja de pertenecer a la red?

Si su farmacia deja de pertenecer a la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su zona, puede obtener ayuda de Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía) o utilizar la *Guía de proveedores y farmacias combinada*. También puede encontrar información en nuestro sitio de Internet en www.careimprovementplus.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces las recetas deben llenarse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de cuidado a largo plazo. En general, las instituciones de cuidado a largo plazo (como los hogares de ancianos) tienen su propia farmacia. Los residentes pueden obtener medicamentos de venta con receta en la farmacia de la institución, siempre y cuando ésta pertenezca a nuestra red. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no forma parte de nuestra red, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al programa de salud indígena / tribal / urbano (no se encuentra disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, sólo los indígenas de Norteamérica o Alaska podrán acceder a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que la FDA haya aprobado sólo en determinados lugares o que requieran manejo especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. (Nota: No es común que esto suceda).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Guía de farmacias* o comuníquese con Servicios para los Miembros.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de envío por correo de la red del plan. En general, los medicamentos disponibles a través de un envío por correo son medicamentos que usted toma regularmente debido a una enfermedad crónica o de larga duración. Los medicamentos disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados como **medicamentos “de envío por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.

Con el servicio de envío por correo del plan, puede pedir **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo llenar sus recetas por correo, visite nuestro sitio de Internet www.careimprovementplus.com o comuníquese con Servicios para los Miembros. Si realiza su pedido a una farmacia de envío por correo que no pertenece a la red del plan, no se cubrirá su receta.

Generalmente, recibirá su pedido realizado a una farmacia de envío por correo en 5 días o menos. Si su pedido ha estado procesándose por 5 días (sólo recetas nuevas) o 7 días (nuevos planes Rx) y todavía no se ha enviado, recibirá una llamada en la que se le informará de la demora y se le dará una fecha de envío aproximada. Para obtener más ayuda, comuníquese con Servicios para los Miembros.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que el costo compartido sea menor. El plan cuenta con dos maneras para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos “con envío por correo” de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos con envío por correo son los medicamentos que usted toma regularmente debido a una enfermedad crónica o de larga duración).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos con envío por correo. En su *Guía de proveedores y farmacias combinada* encontrará las farmacias pertenecientes a nuestra red que pueden proveer un suministro de medicamentos a largo plazo

con envío por correo. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información.

- Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de envío por correo de la red del plan**. Los medicamentos disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados como **medicamentos “de envío por correo”** en nuestra Lista de medicamentos. Con el servicio de envío por correo del plan, puede pedir un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envío por correo.

Sección 2.5 ¿En qué casos puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?

Es posible que en determinadas circunstancias su receta esté cubierta.

Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra zona de servicios donde puede llenar sus recetas como miembro de nuestro plan. En general, cubrimos los medicamentos cuyas recetas se llenan en una farmacia que está fuera de la red *sólo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación figuran algunas de las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos cuyas recetas se hayan llenado en una farmacia fuera de la red:

- Usted no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que atienda al público las 24 horas.
- Usted intenta obtener un medicamento de venta con receta que generalmente no se encuentra en farmacias minoristas accesibles o de envío por correo de la red (incluidos los medicamentos de alto costo y los medicamentos especiales).
- Usted se aplica una vacuna necesaria por razones médicas pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare o toma algún medicamento cubierto que recibe en el consultorio de su médico.
- Usted viaja fuera de la zona de servicios de su plan y se le agota (o pierde) su medicación.
- Usted se enferma y no puede acercarse a una farmacia de la red.
- Usted tuvo que evacuar o dejar su residencia debido a una catástrofe o emergencia sanitaria declarada por el Estado o la Nación.

En estas circunstancias, **primero consulte con Servicios para los Miembros**, para saber si hay alguna farmacia cercana que pertenezca a la red.

¿Cómo pedir un reembolso al plan?

Si utiliza una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) al llenar su receta. Puede solicitar que reembolsemos su parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 En la “Lista de medicamentos” se especifica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, **para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”**.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son sólo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este mismo capítulo trata sobre los medicamentos de la Parte D).

En general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando cumpla con las demás reglas de cobertura que se detallan en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación aceptada por razones médicas” se refiere al uso de un medicamento que:

- esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, que la Administración de Drogas y Alimentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la enfermedad para la cual se lo receta).
- -- o --esté respaldado en determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System y el USPDI o su sucesor).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general funciona tan bien como el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Muchos medicamentos de marca tienen su equivalente genérico.

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

El plan no cubre todos los medicamentos de venta con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea conocer más al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir determinados medicamentos en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2	Hay cuatro (4) “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos.
--------------------	--

Todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan están en uno de los cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el importe que usted deberá abonar por el medicamento:

- “Genéricos” del nivel 1: son los medicamentos que tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y se recetan por las mismas razones. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, eficacia, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca. En general, el costo que usted debe pagar por los medicamentos genéricos es más bajo que el de los medicamentos de marca. (*Nivel más bajo*)
- “Preferidos del formulario” del nivel 2: éstos son medicamentos de marca preferidos que están cubiertos en el formulario y cuyo costo de desembolso será menor que los medicamentos del nivel de marca no preferidos (nivel 3) y los medicamentos especializados (nivel 4).
- “De marca (no preferidos)” del nivel 3: se trata de medicamentos de marca no preferidos que están cubiertos en el formulario pero pueden tener un costo de desembolso mayor que los medicamentos preferidos del formulario (nivel 2).

- “Especializados” del nivel 4: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. (*Nivel más alto*)

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en Lista de medicamentos del plan.

Usted encontrará el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel de costo compartido en el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*).

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

Hay tres (3) formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más actualizada que le hayamos enviado por correo.
2. Visite el sitio de Internet del plan (www.careimprovementplus.com). La Lista de medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actual.
3. Comuníquese con Servicios para los Miembros para saber si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están en la contratapa de esta guía.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de determinados medicamentos de venta con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo están cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos creó estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar el costo general de los medicamentos para que su cobertura de medicamentos sea más económica.

En general, nuestras reglas sirven para que usted obtenga un medicamento que sea seguro y eficaz para su enfermedad. Las reglas del plan se han creado para que usted y su proveedor opten por el medicamento de menor costo, siempre y cuando sea seguro y cumpla las mismas funciones que uno de mayor costo. También debemos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si hay alguna restricción en su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si desea que no apliquemos la restricción, deberá utilizar un proceso de apelaciones formales y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no aplicar la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz. En las secciones a continuación, encontrará más información sobre los tipos de restricciones que rigen en determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando una versión genérica está disponible.

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, pero suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando la versión genérica esté disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha especificado que la razón médica de que ni los medicamentos genéricos ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma enfermedad son adecuados para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por anticipado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces el requisito de obtener la aprobación por anticipado contribuye a la mejor utilización de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan puede no cubrir su medicamento.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos de menor costo pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si para el tratamiento de la misma afección médica se utilizan tanto el medicamento A como el medicamento B, el plan puede pedirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites de cantidad

En algunas ocasiones, limitamos la cantidad de determinado medicamento que puede recibir. Por ejemplo, es posible que el plan establezca un límite en la cantidad de recetas que puede renovar o en la cantidad de medicamento que se le puede dar cada vez que llena su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar sólo un comprimido por día de un determinado medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

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

La Lista de medicamentos del plan contiene información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía) o visite nuestro sitio de Internet (www.careimprovementplus.com).

Si hay alguna restricción en su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si hay una restricción en el medicamento que desea tomar, deberá comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deben hacer para recibir la cobertura del medicamento. Si desea que no apliquemos la restricción, deberá utilizar un proceso de apelaciones formales y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no aplicar la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea?

Sección 5.1 Hay alternativas si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea.
--

Imagine que está tomando un medicamento de venta con receta o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería tomar. Esperamos que su cobertura de medicamentos se adecue a sus necesidades. Sin embargo, es posible que tenga problemas. Por ejemplo:

- **¿Qué sucede si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez el plan cubra una versión genérica del medicamento pero no la versión de marca que desea tomar.
- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto pero existen reglas o restricciones adicionales para su cobertura?** Como se explicó en la Sección 5, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan están sujetos a reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría pedir que primero pruebe otro medicamento, para saber si funciona, antes de cubrir el medicamento que desea tomar. O puede haber límites en la cantidad del medicamento cubierto (número de comprimidos, etc.) durante un período determinado. En algunos casos, es posible que usted desee que no apliquemos la restricción. Por ejemplo, tal vez desee que cubramos un determinado medicamento para usted sin haber probado otros medicamentos primero. O tal vez desee que cubramos más de un medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) de los que normalmente cubrimos.
- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto pero está en un nivel de costo compartido que a su juicio eleva su parte del costo más de lo que debería?** El plan clasifica todos los medicamentos cubiertos en cuatro (4) niveles de costos compartidos diferentes. El monto que usted paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento.

Hay alternativas si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no figura 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 a su juicio eleva el costo más de lo que debería, consulte la Sección 5,3 para saber qué puede hacer.

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

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

- Tal vez pueda obtener un suministro temporal del medicamento (sólo aquellos miembros que se encuentren en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le concederá a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o eliminar sus restricciones.

Tal vez pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando dicho medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún tipo de restricción. De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para poder recibir un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos a continuación:

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

- El medicamento que ha estado tomando ya **no figura en la Lista de medicamentos del plan**.
- -- o -- el medicamento que usted ha estado tomando **tiene ahora algún tipo de restricción** (la Sección 4 de este capítulo trata sobre las restricciones).

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

- **Para aquellos miembros que son nuevos en el plan y que no están en una institución de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **sólo una vez durante los primeros 90 días de su afiliación** al plan. Este suministro temporal será por un máximo de 30 días, o menos si su receta así lo especifica. Las recetas deben llenarse en una farmacia de la red.

- **Para aquellos miembros que son nuevos en el plan y que no residen en una institución de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación** al plan. El primer suministro será por un máximo de 31 días, o menos si su receta así lo especifica. De ser necesario, cubriremos las recetas renovadas durante sus primeros 90 días en el plan.

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en una institución de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro inmediato:**

Cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta así lo especifica. Esto es adicional al suministro de transición por cuidado a largo plazo mencionado anteriormente.

- **Aquellos miembros que se encuentren en un proceso de cambio en el nivel de atención** (por ejemplo, un alta hospitalaria) que provoque el rechazo de su receta en la farmacia por haberse “repetido demasiado pronto”, podrán recibir un suministro de transición de 31 días

Para pedir un suministro temporal, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

Mientras recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Puede cambiarse a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. En las secciones a continuación encontrará más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento.

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento distinto que esté cubierto por el plan que podría cumplir la misma función que el anterior. Puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar una excepción al plan y pedir que cubra el medicamento como usted desee que esté cubierto. Si su proveedor dice que usted cuenta con razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no figure en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedir que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y el medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el año próximo. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento del año siguiente. Entonces puede solicitar que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como usted desea para el año entrante. Daremos una respuesta a su solicitud de excepción antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud se procese rápida y justamente.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que a su juicio es muy alto?
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que a su juicio es muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que a su juicio es muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento distinto en un nivel de costo compartido menor que podría cumplir la misma función que el anterior. Puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos del Nivel 3, usted y su proveedor pueden solicitar una excepción al plan en el nivel de costo compartido del medicamento, y de esa forma pagar menos por él. Si su proveedor dice que usted cuenta con razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud se procese rápida y justamente.

Los medicamentos en algunos de nuestros niveles de costo compartido no reúnen los requisitos para este tipo de excepción. No aceptamos un menor costo compartido para los medicamentos en el Nivel 2 (de marca preferida) y Nivel 4 (especializado).

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se efectúan al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el curso del año, el plan podría realizar varios tipos de cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría modificar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Es común que salgan al mercado nuevos medicamentos, incluso medicamentos genéricos nuevos. Quizá el Gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento que ya existe. A veces, se retira de la venta un medicamento y decidimos no cubrirlo. O tal vez podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se comprobó su ineficacia.
- **Ubicar un medicamento en un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

En casi todos los casos, Medicare debe aprobar los cambios que realizamos a la Lista de medicamentos del plan.

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

¿Cómo se entera si cambió la cobertura de su medicamento?

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará una notificación. Generalmente, **le avisaremos con al menos 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, **se retira repentinamente de la venta** un medicamento porque se probó su ineficacia o por otros motivos. Si esto sucede, el plan quitará el medicamento de la Lista de medicamentos inmediatamente. Le informaremos sobre este cambio de inmediato. Su proveedor también sabrá de este cambio, y juntos pueden encontrar otro medicamento para tratar su afección médica.

¿Se verá afectado inmediatamente por los cambios en la cobertura de sus medicamentos?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios se aplica a algún medicamento que está tomando, el cambio no entrará en vigencia hasta el 1.º de enero del año siguiente si usted permanece en el plan:

- Si transferimos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si agregamos una restricción nueva al uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no porque se lo haya retirado repentinamente de la venta o porque se lo haya reemplazado por un medicamento genérico.

Si alguno de estos cambios se aplica a un medicamento que esté tomando, dicho cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año entrante. Hasta esa fecha, probablemente no percibirá ningún aumento en sus pagos o ninguna restricción adicional en el uso del medicamento. Sin embargo, los cambios se aplicarán el 1.º de enero del año siguiente.

En algunos casos, los cambios de cobertura se aplicarán antes del 1.º de enero:

- **Si se reemplaza un medicamento de marca que está tomando por un medicamento genérico nuevo**, el plan debe avisarle con un mínimo de 60 días de anticipación o renovar la receta de su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, debe hablar con su proveedor para cambiarse al medicamento genérico o a otro medicamento cubierto por el plan.
 - Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción y continuar con la cobertura del medicamento de marca. Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones)*).
- Una vez más, si se **retira repentinamente de la venta** un medicamento porque se probó que no es seguro o por otros motivos, el plan lo quitará inmediatamente de la Lista de medicamentos. Le informaremos sobre este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también sabrá de este cambio, y juntos pueden encontrar otro medicamento para tratar su afección médica.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que no están incluidos, debe pagarlos. No pagaremos los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción es: si por medio de una apelación se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión nuestra de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de esta guía).

A continuación encontrará tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que esté cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compró fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. Por “uso no indicado en la etiqueta” se entiende cualquier uso del medicamento que no esté indicado en su etiqueta, conforme a lo aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos.
 - En general, sólo se permite la cobertura del “uso no indicado en la etiqueta” cuando dicho uso esté respaldado en determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el DRUGDEX Information System y el USPDI o su sucesor. Si ninguno de estos libros de referencia respalda el uso en cuestión, nuestro plan no puede cubrir el “uso no indicado en la etiqueta”.

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

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados de venta libre)
- Medicamentos para aumentar la fertilidad
- Medicamentos para el alivio de los síntomas de la tos o el resfrío
- Medicamentos para uso estético o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con fluoruro
- Medicamentos como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject, cuando se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, o la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos de pacientes ambulatorios para los que el fabricante exige que se compren pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente al fabricante como condición para la venta
- Barbitúricos y benzodiazepinas

Si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos de venta con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para saber con qué cobertura de medicamentos puede contar. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliación al plan cuando llene una receta.

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliación.

Para llenar su receta, muestre su tarjeta de afiliación al plan en la farmacia de la red de su preferencia. Al mostrar su tarjeta de afiliación al plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte de los costos cubiertos de los medicamentos de venta con receta. Cuando retire su receta, usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de afiliación al plan consigo?

Si no tiene la tarjeta de afiliación al plan consigo cuando llena su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta cuando la retire**. (Entonces, puede **pedirnos un reembolso** de su parte del costo. Para obtener más información sobre cómo pedir un reembolso al plan, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7).

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializado por una hospitalización cubierta por el plan?
--------------------	--

Si se lo admite en un hospital o en un centro de enfermería especializado por una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos de venta con receta que necesite durante su hospitalización. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializado, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumplan con la totalidad de nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que tratan las reglas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y el monto que usted debe pagar.

Tenga en cuenta: Cuando ingresa o vive en un centro de enfermería especializado o se retira de él, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura en cualquier momento. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su afiliación al plan*, explica que puede abandonar nuestro plan y afiliarse a otro plan de Medicare).

Sección 9.2	¿Qué sucede si usted se encuentra en una institución de cuidado a largo plazo?
--------------------	---

Generalmente, una institución de cuidado a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos los residentes. Si usted es residente en una institución de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos de venta con receta en la farmacia de la institución, siempre y cuando ésta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Guía de proveedores y farmacias combinada* para saber si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los Miembros.

¿Qué sucede si se afilia al plan cuando ya es residente en una institución de cuidado a largo plazo?

Si necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que está sujeto a alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El primer suministro será por un máximo de 31 días, o menos si su receta así lo especifica. De ser necesario, cubriremos las recetas renovadas durante sus primeros 90 días en el plan.

Si ha estado afiliado al plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta así lo especifica.

Mientras recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Tal vez haya un medicamento distinto que esté cubierto por el plan que podría cumplir la misma función que el anterior. Alternativamente, usted y su proveedor pueden solicitar una excepción al plan y pedir que cubra el medicamento como usted desee que esté cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos de un plan de salud grupal de un empleador o para jubilados?

¿Tiene en este momento otra cobertura de medicamentos de venta con receta por parte de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Él o ella lo pueden ayudar a determinar cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos de venta con receta con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene un empleo, la cobertura para medicamentos de venta con receta que le brindemos será *secundaria* a la cobertura del plan de salud de su empleador o grupo de jubilados. Esto significa que la cobertura de su grupo pagará primero.

Aviso especial sobre la “cobertura confiable”:

todos los años, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso para informarle si su cobertura para medicamentos de venta con receta del siguiente año calendario es “confiable” y proporcionarle las opciones de las que dispone en materia de cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**confiable**”, significa que el plan cuenta con una cobertura que supuestamente pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Guarde estos avisos sobre cobertura confiable, ya que puede necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para probar que ha mantenido una cobertura confiable. Si no recibió un aviso de cobertura confiable del plan de salud de su empleador o del grupo de jubilados, puede pedir una copia al administrador de beneficios del plan de salud de su empleador o del grupo de jubilados, o al empleador o la unión.

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 de forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada. Estas revisiones son de especial importancia para los miembros que toman medicamentos de venta con receta por más de un proveedor.

Realizamos una revisión cada vez que usted llena una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma simultáneamente
- Recetas para medicamentos con ingredientes que le producen alergia
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos en forma conjunta con su proveedor para resolver el problema.

Sección 10.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar su medicación

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros en situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas complejas o tal vez necesitan tomar varios medicamentos al mismo tiempo, o quizá el costo de sus medicamentos es muy alto.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Los creó un equipo de farmacéuticos y médicos para nosotros. Estos programas pueden ayudarnos a asegurar que nuestros miembros están tomando los medicamentos que mejor tratan sus afecciones médicas y a identificar posibles errores de medicación.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

Capítulo 6. Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	79
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que detallan su cobertura de medicamentos.	79
SECCIÓN 2	El monto que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en que usted se encuentra al obtenerlo.	80
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para miembros de Care Improvement Plus?.....	80
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que detallan los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.	81
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de los beneficios” (“EOB”)	81
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.	82
SECCIÓN 4	No hay deducible para el plan Gold Rx.....	83
Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.....	83
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos por medicamentos y usted paga su parte.....	83
Sección 5.1	El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde llena la receta.....	83
Sección 5.2	Tabla que muestra los costos para un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento	84
Sección 5.3	Tabla que muestra los costos para un suministro de un medicamento para tratamiento <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días).....	85
Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por los medicamentos para el año alcanzan los \$2,930	85
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de intervalo en la cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más de 86% de los costos de medicamentos genéricos.....	86
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de intervalo en la cobertura hasta que sus costos de desembolso llegan a los \$4,700	86

Sección 6.2	De qué forma Medicare calcula sus costos de desembolso para los medicamentos de venta con receta.....	87
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura para enfermedades graves, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.	88
Sección 7.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura para enfermedades graves, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año.	88
SECCIÓN 8	El monto que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe.....	89
Sección 8.1	Nuestro plan dispone de una cobertura independiente para las vacunas y para el costo de la aplicación de la vacuna de la Parte D.	89
Sección 8.2	Puede llamar a Servicios para los Miembros antes de aplicarse una vacuna.....	90
SECCIÓN 9	¿Tiene que pagar la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?....	90
Sección 9.1	¿Qué es la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?	90
Sección 9.2	¿Cuál es el costo de la penalización por inscripción tardía de la Parte D?.....	91
Sección 9.3	En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía sin pagar la penalización.....	91
Sección 9.4	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía?.....	92
SECCIÓN 10	¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?.....	92
Sección 10.1	¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso?.....	92
Sección 10.2	¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?.....	93
Sección 10.3	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con el pago de un monto adicional de la Parte D?.....	93



¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

Actualmente, ¿está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si forma parte de un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de cobertura* acerca de los costos de los medicamentos de venta con receta Parte D no se aplique a su situación.** Hemos incluido un anexo separado denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para aquellos que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta” (cláusula LIS), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibe este anexo, llame al Servicio para los Miembros para solicitar la “Cláusula de la Evidencia de cobertura para aquellos que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos de venta con receta” (cláusula LIS). Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están en la contratapa de esta guía.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que detallan su cobertura de medicamentos.
--------------------	--

Este capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos de venta con receta de la Parte D. Para abreviar, en este capítulo usamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento de venta con receta de la Parte D. Como se detalla en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos en las Partes A o B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre los pagos que le ofrecemos en este capítulo, debe tener nociones básicas sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde llenar sus recetas y a qué reglas atenerse cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En los siguientes materiales encontrará dichas nociones básicas:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para abreviar, la llamaremos “Lista de medicamentos”.
 - En esta Lista de medicamentos encontrará qué medicamentos están cubiertos.
 - También encontrará en cuál de los cuatro (4) “niveles de costos compartidos” se encuentra el medicamento y, si existen, las restricciones a la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía). También puede encontrar la Lista de

medicamentos en nuestro sitio de Internet www.careimprovementplus.com. La Lista de medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actual.

- **Capítulo 5 de esta guía.** En el Capítulo 5 se detalla su cobertura de medicamentos de venta con receta, como también las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos de venta con receta. En el Capítulo 5 también encontrará información sobre los tipos de medicamentos de venta con receta que no están cubiertos por el plan.
- **La Guía de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe dirigirse a una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos (si desea información detallada, consulte el Capítulo 5). En la *Guía de proveedores y farmacias* hay una lista de farmacias pertenecientes a la red del plan. También se detalla cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (como llenar una receta para un suministro de tres meses).

SECCIÓN 2 El monto que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en que usted se encuentra al obtenerlo.

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para miembros de Care Improvement Plus?
--

Como se muestra en el cuadro a continuación, hay “etapas de pago del medicamento” para su cobertura de medicamentos de venta con receta en Care Improvement Plus. La cantidad que usted paga por el medicamento depende de la etapa en que se encuentra cuando llena la receta u obtiene una nueva.

Etapa 1 <i>Etapa anual del deducible</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de intervalo en la cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura para enfermedades graves</i>
<p>Esta etapa de pago no se aplica a su caso ya que no existe un deducible para el plan.</p> <p>(La información se detalla en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Usted comienza en esta etapa cuando llena su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales de medicamentos” hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) hayan sumado \$2,930.</p> <p>(La información se detalla en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga 50% del precio (más la tarifa de expendio) por medicamentos de marca y 86% del precio por medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos de desembolso” hasta la fecha (sus pagos) hayan alcanzado los \$4,700. Este monto y las reglas para la suma de costos hasta alcanzar esta cifra han sido establecidas por Medicare.</p> <p>(La información se detalla en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2012).</p> <p>(La información se detalla en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de los beneficios” (“EOB”)

Cuando usted llena o repite sus recetas en la farmacia, nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos de venta con receta y los pagos que usted ha hecho. De esta manera, podemos saber cuándo cambia de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Específicamente, realizamos el seguimiento de dos tipos de costos:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado usted. Esto se denomina **“costo de desembolso”**.
- Realizamos un seguimiento de sus **“costos totales por medicamentos”**. Ésta es la cantidad que usted paga de los costos de desembolso o lo que otras entidades pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

Nuestro plan redactará un informe llamado *Explicación de los beneficios* (a veces se lo llama “EOB”) cuando haya llenado una o más recetas a través del plan en el transcurso del mes anterior. Incluye:

- **Información correspondiente a ese mes.** En este informe se encuentran los detalles de pago de las recetas que llenó en el transcurso del mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, cuánto pagó el plan, cuánto pagó usted y cuánto pagaron otras entidades en su nombre.
- **Los totales del año, desde el 1° de enero.** Esto se llama información anual “hasta la fecha”. Le muestra los costos totales por medicamentos y el total de los pagos de sus medicamentos desde el comienzo del año.

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

Para realizar un seguimiento de sus costos por medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Usted podrá ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliación cuando llene una receta.** Para garantizar que sabemos sobre las recetas que llena y los montos que paga, muestre su tarjeta de afiliación al plan cada vez que llene una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** En muchas ocasiones, cuando pague medicamentos recetados, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de desembolso, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar que el plan pague la parte que le corresponde del costo. En la Sección 2 del Capítulo 7 de esta guía, encontrará instrucciones para hacerlo). A continuación encontrará algunas situaciones en las que sería más conveniente que nos entregue copias de sus recibos de medicamentos para garantizar que contamos con un registro completo de sus gastos por medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio promocional o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando haya hecho un copago por medicamentos que pueden obtenerse por medio de un programa de asistencia al paciente respaldado por fabricantes de medicamentos.
 - En cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en aquellas ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también se tienen en cuenta para alcanzar sus costos de desembolso y ayudarle a reunir los requisitos para obtener cobertura para enfermedades graves. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Servicio de salud indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se tienen en cuenta para alcanzar sus costos de desembolso. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarlos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de los beneficios* (una EOB) por correo, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si piensa que el informe está incompleto, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios para los Miembros (el número de teléfono está en la contraportada de esta guía). Asegúrese de guardar estos informes. Representan un registro importante de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Gold Rx

Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D
--------------------	--

No hay deducible para Gold Rx. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando llena su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura Inicial.

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

Sección 5.1	El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde llena la receta.
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos de venta con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará de acuerdo al medicamento y a dónde llena la receta.

El plan cuenta con cuatro (4) niveles de costos compartidos.

Todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan están en uno de los cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el importe que usted deberá abonar por el medicamento:

- “Genéricos” del nivel 1: son los medicamentos que tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y se recetan por las mismas razones. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos tengan la misma calidad, eficacia, pureza y estabilidad que los medicamentos de marca. En general, el costo que usted debe pagar por los medicamentos genéricos es más bajo que el de los medicamentos de marca. *(Nivel más bajo)*
- “Preferidos del formulario” del nivel 2: éstos son medicamentos de marca preferidos que están cubiertos en el formulario y cuyo costo de desembolso será menor que los medicamentos del nivel de marca no preferidos (nivel 3) y los medicamentos especializados (nivel 4).
- “De marca (no preferidos)” del nivel 3: se trata de medicamentos de marca no preferidos que están cubiertos en el formulario pero pueden tener un costo de desembolso mayor que los medicamentos preferidos del formulario (nivel 2).
- “Especializados” del nivel 4: algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. *(Nivel más alto)*

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en Lista de medicamentos del plan.

Elegir una farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de dónde lo consigue:

- Una farmacia minorista que es parte de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es parte de la red de nuestro plan.
- La farmacia con servicio de envío por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y llenar sus recetas, consulte el Capítulo 5 de esta guía y la *Guía de proveedores y farmacias combinada* del plan.

Sección 5.2 Tabla que muestra los costos para un suministro de *un mes* de un medicamento

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

- **"Copago"** es un monto fijo que paga siempre que llena una receta.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total del medicamento que usted paga cada vez que llena una receta.

Según se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago incluido en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *o* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.
- Cubrimos las recetas que se llenan en una farmacia fuera de la red sólo en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos una receta que se haya llenado en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* (o menos) de un medicamento recetado cubierto por la Parte D de:

	Farmacia de la red (un suministro de hasta 30 días)	El servicio de envío por correo del plan (un suministro de hasta 90 días)	Farmacia de cuidados a largo plazo de la red (un suministro de hasta 31 días)	Farmacia fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico)	\$8	\$20	\$8	\$8
Nivel 2 de costos compartidos (Preferido del formulario)	\$45	\$112.50	\$45	\$45
Nivel 3 de costos compartidos (Marca no preferida)	\$95	\$237.50	\$95	\$95
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento especializado)	33%	33%	33%	33%

Sección 5.3 Tabla que muestra los costos para un suministro de un medicamento para tratamiento a largo plazo (hasta 90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) al llenar su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. (Para obtener detalles acerca de dónde y cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5).

La tabla que se encuentra a continuación muestra cuánto debe pagar cuando obtiene un suministro de un medicamento para tratamiento de largo plazo (de 90 días).

- Tenga en cuenta: Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago incluido en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *o* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un medicamento *recetado* ara tratamiento a largo plazo cubierto por la Parte D de:

	Farmacia de la red (un suministro de hasta 90 días)	El servicio de envío por correo del plan (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico)	\$24	\$20
Nivel 2 de costos compartidos (Preferido del formulario)	\$135	\$112.50
Nivel 3 de costos compartidos (Marca no preferida)	\$285	\$237.50
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento especializado)	33%	33%

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por los medicamentos para el año alcanzan los \$2,930

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total para los medicamentos recetados que haya obtenido o repetido alcanza **el límite de \$2,930 para la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total por los medicamentos está basado en la suma de lo que ha pagado usted y lo que ha pagado en cualquier otro plan Parte D:

- **Lo que ha pagado usted** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde la primera compra de medicamentos en el año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso). Esto incluye:
 - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que ha pagado el plan** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si usted se encontrara en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento del año 2012, el monto que paga de ese plan durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para calcular sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de los beneficios* (EDB) que le enviamos lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto han gastado usted y el plan por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$2,930 por año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$2,930. Si lo alcanza, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de intervalo en la cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de intervalo en la cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no pagará más del 86% de los costos por medicamentos genéricos.

Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de intervalo en la cobertura hasta que sus costos de desembolso llegan a los \$4,700
--------------------	---

Cuando usted está en la Etapa de intervalo en la cobertura, el Programa de Descuento de Intervalo de Cobertura proporciona descuentos de los fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga el 50% del precio negociado (se excluye la tarifa de expendio y la tarifa por administración de vacuna, si existen) por los medicamentos de marca. Tanto el monto que pague como el monto descontado por el fabricante, se tienen en cuenta para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado y lo ayuda a avanzar en el intervalo en la cobertura.

También tendrá cobertura en medicamentos genéricos. Usted paga no más del 86% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de medicamentos genéricos el monto pagado por el plan (14%) no se tiene en cuenta para sus costos de desembolso. Sólo el monto que usted paga es el que se tiene en cuenta y lo ayuda a avanzar en el intervalo en la cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento para medicamentos de marca y no más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen un monto máximo establecido por Medicare. En el año 2012, el monto es de \$4,700.

Medicare dispone de reglas sobre qué es lo que se considera y qué *no* se considera como sus costos de desembolso. Cuando usted alcanza un límite de desembolso de \$4,700, abandona la Etapa de intervalo en la cobertura y pasa a la Etapa de cobertura para enfermedades graves.

Sección 6.2 De qué forma Medicare calcula sus costos de desembolso para los medicamentos de venta con receta.

A continuación, se encuentran las reglas de Medicare que debemos respetar al realizar un seguimiento de sus costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos ***están incluidos*** en sus costos de desembolso.

Cuando usted suma sus costos de desembolso, ***puede incluir*** los pagos enumerados a continuación (siempre que sean para los medicamentos cubiertos por la Parte D y que usted haya respetado las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de esta guía):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial.
 - La Etapa de intervalo en la cobertura.
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de venta con receta de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Sí importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, éstos se incluyen en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de salud indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Están incluidos parte de los pagos realizados por el Programa de Descuento de Intervalo de Cobertura de Medicare. Está incluido el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no está incluido el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Pasar a la Etapa de cobertura para enfermedades graves:

Cuando usted (o aquellos que realicen los pagos en su nombre) haya gastado un total de \$4,700 en costos de desembolso dentro del año calendario, pasará de la Etapa de intervalo en la cobertura a la Etapa de cobertura para enfermedades graves.

Estos pagos ***no están incluidos*** en sus costos de desembolso

Cuando usted suma sus costos de desembolso, ***no se le permite incluir*** ninguno de estos tipos de pagos para los medicamentos recetados:

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para obtener cobertura fuera de la red.

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos durante el intervalo de cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por los planes de seguro y los programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos de venta con receta (por ejemplo, indemnización de trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas, paga una parte o todos sus costos de desembolso por los medicamentos, usted tiene la obligación de informar sobre esto a nuestro plan. Comuníquese con Servicios para los Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

¿De qué forma puede realizar un seguimiento de su total de desembolso?

- **Lo ayudaremos.** El informe de *Explicación de los Beneficios* (EDB) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de desembolso (La sección 3 en este capítulo incluye información sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$4,700 en costos de desembolso en el año, este informe le notificará que ha abandonado la Etapa de intervalo en la cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura para enfermedades graves.
- **Asegúrese de que contemos con la información necesaria.** La Sección 3.2 detalla lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado se encuentren completos y al día.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura para enfermedades graves, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Sección 7.1 Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura para enfermedades graves, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año.

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura para enfermedades graves cuando sus costos de desembolso han alcanzado el límite de \$4,700 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura para enfermedades graves, permanecerá en esta etapa de pago hasta la finalización del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, cualquiera sea el monto *mayor*:
 - *ya sea* un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - *o* un copago de \$2.60 por un medicamento genérico o un medicamento que se considera genérico. O bien, un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 El monto que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 8.1	Nuestro plan dispone de una cobertura independiente para las vacunas y para el costo de la aplicación de la vacuna de la Parte D.
--------------------	--

Nuestro plan cubre diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas si consulta el Capítulo 4, Sección 2.1 de la Tabla de beneficios médicos.

Existen dos partes para nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura incluye el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento de venta con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (Algunas veces esto se denomina “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por la vacunación de la Parte D?

Lo que paga por la vacunación de la Parte D depende de tres factores:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué enfermedad usted recibe la vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas si consulta el Capítulo 4 de la *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le administra la vacuna.**

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

- A veces, cuando recibe la vacuna, tiene que pagar el costo total por el medicamento de la vacuna y por la aplicación de ésta. Puede solicitar al plan que le reembolse su parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la inyección, sólo paga su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona esto, a continuación se describen tres formas comunes de recibir la vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluso su aplicación) durante la Etapa de intervalo en la cobertura de su beneficio.

- Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplica en la farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar donde usted viva. Algunos estados no permiten que en las farmacias se administre una vacuna).

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe la vacuna, usted paga el costo total de dicha vacuna y su aplicación.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que cubra la parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de esta guía (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente de una factura que usted recibió por servicios médicos o de medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando el médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de esta guía.
- Se le reembolsará el monto que cobra su médico por administrar la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted obtiene la Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Puede llamar a Servicios para los Miembros antes de aplicarse una vacuna.

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos para ayudar. Le recomendamos que primero llame a Servicios para los Miembros si planea recibir una vacuna (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).

- Podemos informarle acerca de la cobertura que brinda nuestro plan para la vacunación y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo pagar costos menores mediante el uso de proveedores y farmacias que forman parte de nuestra red.
- Si no puede utilizar los servicios de un proveedor o farmacia de la red, podemos explicarle qué debe hacer para recibir el pago de nuestra parte del costo.

SECCIÓN 9 ¿Tiene que pagar la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?

Sección 9.1 ¿Qué es la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?

Nota: Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados, no se le aplica la penalización por inscripción tardía. Aunque usted se quede sin cobertura "confiable" de medicamentos recetados, no pagará la penalización por inscripción tardía.

Es posible que tenga que pagar una penalización económica si no se inscribió en un plan que ofrece cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cuando reunió los requisitos por primera vez para la cobertura de este medicamento o experimentó un período continuo de 63 días o más sin tener la cobertura para medicamentos

recetados. (La “Cobertura confiable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los requisitos mínimos de Medicare debido a que se espera que al menos cubra, en promedio, lo mismo que la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados cubiertos). El monto de la penalización depende del tiempo que usted esperó para inscribirse en un plan de cobertura confiable de medicamentos recetados después del final del período de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos estuvo sin cobertura confiable de medicamentos recetados.

Cuando se inscriba por primera vez en Gold Rx, le informaremos sobre el monto de la penalización. La penalización por inscripción tardía se considera de la prima de su plan. Si usted no paga la penalización por inscripción tardía, podría cancelarse su inscripción al plan.

Sección 9.2 ¿Cuál es el costo de la penalización por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la penalización. A continuación, se detalla el procedimiento a seguir:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que demoró su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare después de haber reunido los requisitos para la inscripción. O bien, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura confiable para medicamentos recetados, si el intervalo en la cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura confiable. Por ejemplo, si usted permanece por 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes para medicamentos de Medicare en el país a partir del año anterior. Para el año 2011, este monto de la prima promedio fue de \$32.34. Este monto puede cambiar para el año 2012.
- Para obtener su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización por la prima mensual promedio, y luego redondee a las 10 centésimas más próximas. En este ejemplo sería el 14% por \$32.34, lo que equivale a \$4.5276. Se redondea a \$4.53. Este monto se agregará **a la prima mensual para personas con penalización por inscripción tardía.**

Hay tres aspectos importantes para observar sobre esta penalización de prima mensual:

- En primer lugar, **es posible que la penalización cambie cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determinado por Medicare) aumenta, su penalización aumentará.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una penalización** todos los meses durante el tiempo en que se encuentre inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare cubiertos por la Parte D.
- En tercer lugar, si es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de esta edad, su penalización por inscripción tardía estará basada solo en los meses en que usted no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare para la tercera edad.

Sección 9.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía sin pagar la penalización.

Aun si ha demorado su inscripción en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando reunió los requisitos por primera vez, en ocasiones no tiene que pagar la penalización por inscripción tardía.

No tendrá que pagar una prima con penalización por inscripción tardía si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya posee cobertura para medicamentos recetados que se espera que al menos cubra, en promedio, lo mismo que la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Medicare denomina a esto “**cobertura confiable de medicamentos**”. Tenga en cuenta:
 - La cobertura confiable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o una unión anterior, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura confiable. La información se le enviará por carta o se incluirá en el boletín informativo de su plan. Guarde esta información porque usted podría necesitarla para unirse a un plan de Medicare más tarde.
 - Tenga en cuenta: Si usted recibe un "certificado de cobertura confiable" cuando su cobertura médica termina, no significa necesariamente que su cobertura de medicamentos recetados era confiable. La notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "confiable" que esperaba pagar igual que lo que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados confiables: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
 - Para obtener más información acerca de coberturas confiables, consulte la edición 2012 del manual *Medicare y usted* o comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura confiable, pero por menos de 63 días seguidos.
- Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 9.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su penalización por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre dicha penalización. Generalmente, usted puede solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en la que recibió la carta que establece que debe pagar la penalización por inscripción tardía. Llame a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la contraportada de esta guía para obtener más información acerca de cómo hacer esto.

Importante: No deje de pagar su penalización por inscripción tardía mientras espera una revisión de la decisión sobre dicha penalización. En tal caso, su inscripción podrá cancelarse por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 10 ¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 10.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a su ingreso?

La mayoría de las personas pagará la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es \$85,000 o más para una persona (o para personas casadas que presentan declaraciones por separado), o \$170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional por su cobertura de Medicare Parte D.

Si usted debe pagar un monto adicional, la Administración del Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará por carta la información de cuánto será el monto adicional y cómo deberá abonarlo. El monto adicional se descontará de su Seguro Social, Junta de Jubilación para Ferroviarios, o de su cheque de beneficios de

gestión de recursos humanos, sin importar cuánto paga usualmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional que adeuda. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, usted obtendrá una factura de Medicare. El monto adicional debe pagarse por separado y no puede pagarse con su prima mensual del plan.

Sección 10.2 ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingresos brutos ajustados modificados informados en la declaración de impuestos del IRS son mayores a un monto determinado, usted pagará un monto adicional a la prima mensual de su plan.

El siguiente cuadro indica el monto adicional basado en sus ingresos.

Si usted presentó una declaración de impuestos individual y sus ingresos en el año 2010 fueron:	Si usted estaba casado pero presentó una declaración de impuestos por separado y sus ingresos en el año 2010 fueron:	Si usted presentó una declaración de impuestos conjunta y sus ingresos en el año 2010 fueron:	Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (que deberá pagar además de la prima del plan)
Equivalente o inferior a \$85,000	Equivalente o inferior a \$85,000	Equivalente o inferior a \$170,000	\$0
Mayor a \$85,000 y menor o equivalente a \$107,000		Mayor a \$170,000 y menor o equivalente a \$214,000	\$0
Mayor a \$107,000 y menor o equivalente a \$160,000		Mayor a \$214,000 y menor o equivalente a \$320,000	\$0
Mayor a \$160,000 y menor o equivalente a \$214,000	Mayor a \$85,000 y menor o equivalente a \$129,000	Mayor a \$320,000 y menor o equivalente a \$428,000	\$0
Mayor a \$214,000	Mayor a \$129,000	Mayor a \$428,000	\$0

Sección 10.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con el pago de un monto adicional de la Parte D?

Si usted está en desacuerdo con el pago de un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitar que la Administración del Seguro Social revise esta decisión. Para obtener más información acerca de cómo hacer esto, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	95
Sección 1.1	Si usted paga la parte de nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.	95
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted recibió	97
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pagos	97
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pagos y decidiremos por sí o por no.....	98
Sección 3.1	Realizamos una verificación para determinar si deberíamos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto es lo que adeudamos.	98
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	98
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos las copias	99
Sección 4.1	En algunos casos, usted debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso por medicamentos.	99

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1	Si usted paga la parte de nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.
--------------------	---

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento de venta con receta, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, es posible que observe que ha pagado más de lo previsto conforme a las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, puede solicitar un pago al plan (a menudo, devolverle su pago se denomina "reembolso"). Usted tiene derecho a recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Además, es posible que en ocasiones reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en vez de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, se encuentran ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitar a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Cuando ha recibido atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted sólo es responsable del pago de su parte del costo, no del costo total. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor que está fuera de la red que para un proveedor de la red). Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan por la parte de su costo.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- En ocasiones, es posible que reciba una factura de un proveedor que solicite un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si tiene alguna deuda con el proveedor, le pagaremos directamente a dicho proveedor.
 - Si ya pagó un monto superior a su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- **Tenga en cuenta:** A pesar de que puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red, dicho proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que recibe.

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

Los proveedores de la red deben facturarle siempre al plan directamente y solicitarle a usted sólo su parte del costo. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de la facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red pero usted considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba, según el plan.

3. Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

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

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó el costo de desembolso por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Usted deberá enviar la documentación para que nosotros nos encarguemos del reembolso.

- Para obtener más información sobre cómo solicitarnos los reembolsos y las fechas límites para realizar su solicitud, comuníquese con Servicios para los Miembros.

4. Cuando recurre a una farmacia fuera de la red para que le llene una receta

Si va a una farmacia que está fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de afiliación para llenar una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el monto total de su receta. (Solo en situaciones especiales cubrimos los medicamentos cuyas recetas se hayan llenado en una farmacia fuera de la red. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5).

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva la tarjeta de afiliación consigo

Si no lleva la tarjeta de afiliación consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información sobre inscripción al plan. No obstante, si la farmacia no puede obtener la información sobre su inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Es posible que deba pagar el costo total de la receta debido a que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no se encuentre en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, o bien, podría tener una restricción de la que usted no tenía conocimiento o considera

que no debería aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos mencionados son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de esta guía (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*) incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pagos
--

Envíenos su solicitud de pagos junto con su factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Es conveniente hacer una copia de su factura y sus recibos para su registro.

Para asegurarnos de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación a fin de realizar su solicitud de pagos.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio de Internet (www.careimprovementplus.com) o comuníquese con Servicios para los Miembros y solicite el formulario. Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están en la contraportada de esta guía.

Envíenos por correo su solicitud de pagos, junto con las facturas o recibos a la siguiente dirección:

Para las solicitudes de pago médico (Parte C): Para las solicitudes de pago de medicamentos recetados (Parte D):

Care Improvement Plus
Attn: Member Reimbursements
351 W. Camden Street, Suite 100
Baltimore, MD 21201

Medco Health Solutions, Inc.
PO Box 14718
Lexington, KY 40512

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para los Miembros. Si no sabe el monto de lo que adeuda o si recibe facturas y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pagos que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pagos y decidiremos por sí o por no.

Sección 3.1 Realizamos una verificación para determinar si deberíamos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto es lo que adeudamos.

Al recibir su solicitud de pagos, le informaremos si necesitamos obtener información adicional acerca de su persona. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted respetó todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe respetar para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe respetar para obtener sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* respetó todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta en la que se explican las razones por las que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar dicha decisión.

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

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o si está en desacuerdo con el monto que pagamos, puede hacer un apelación. Si realiza una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pagos.

Para obtener detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de esta guía (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamaciones]*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si nunca realizó una apelación, le resultará útil comenzar a leer la Sección 4 del Capítulo 9. Dicha sección es introductoria y explica el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones, y da definiciones de términos, como "apelación". Luego, una vez que haya leído la Sección 4, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea realizar una apelación sobre el reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso por un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1	En algunos casos, usted debe enviarnos las copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso por medicamentos.
--------------------	---

Hay algunas situaciones en las que debe informarnos los pagos que haya realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, nos está informando los pagos que realizó de modo que podamos calcular sus costos de desembolso correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos más rápidamente para la Etapa de cobertura para enfermedades graves.

A continuación se describen dos situaciones en las que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra un medicamento por un precio menor al precio de nuestro plan

A veces, cuando se encuentran en la Etapa de intervalo en la cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial por el medicamento. O bien, puede tener una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio y que ofrezca un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, en estas situaciones debe usar los servicios de una farmacia de la red y su medicamento debe figurar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener en cuenta sus gastos de desembolso a fin de que reúna los requisitos para la Etapa de cobertura para enfermedades graves.
- **Tenga en cuenta:** Si se encuentra en la Etapa de intervalo en la cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos por medicamentos. Pero, al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular sus costos de desembolso correctamente, y esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura para enfermedades graves de forma más rápida.

2. Cuando obtiene un medicamento por medio de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros se encuentran inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos por medio de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener en cuenta sus gastos de desembolso a fin de que reúna los requisitos para la Etapa de cobertura para enfermedades graves.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos la parte de estos costos del medicamento. Pero, al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular sus costos de desembolso correctamente, y esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura para enfermedades graves de forma más rápida.

Debido a que no solicita el pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.	101
Sección 1.1	Debemos brindar información de un modo que a usted le resulte comprensible (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).....	101
Sección 1.2	Es nuestra obligación tratarlo con justicia y respeto en todo momento.....	101
Sección 1.3	Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.....	102
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....	102
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	103
Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones respecto de su atención.....	104
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	106
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?	106
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	106
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades.	107
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	107

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.

Sección 1.1 Debemos brindar información de un modo que a usted le resulte comprensible (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).
--

A fin de que le brindemos información de un modo que le resulte comprensible, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía).

Nuestro plan dispone de personas y servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si es necesario, también podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos. Si reúne los requisitos para Medicare debido a una discapacidad, tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted.

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e indique que quiere presentar una reclamación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para conseguir información de nosotros de una manera que trabaja para usted, por favor llame a Miembro Servicios (números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene a personas y liberta servicios de intérprete de idioma disponibles para contestar preguntas de no-inglés que habla a miembros. Nosotros también le podemos dar información en la Escritura en relieve, con letra grande, u otros formatos alternos si usted lo necesita. Si tiene derecho a para el Medicare a causa de una incapacidad, nosotros somos requeridos a darle información sobre los beneficios del plan que es accesible y apropiado para usted.

Si tiene cualquier problema que consigue información de nuestro plan a causa de problemas relacionado al idioma o una incapacidad, llama por favor Medicare en 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días por semana, y los dice que quiere archivar una queja. Los usuarios de TTY llaman 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Es nuestra obligación tratarlo con justicia y respeto en todo momento.
--

Nuestro plan debe respetar las leyes que lo protegen de la discriminación y el trato injusto. **No discriminamos** según la raza, el origen étnico, la nacionalidad, la religión, el sexo, la edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio de una persona.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía). Si tiene una reclamación, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame a Servicios para los Miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía). Además, tiene derecho a ir a un especialista de salud para mujeres (como un ginecólogo) sin derivación y aun pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener consultas y servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesite. También tiene derecho a llenar una receta o más de una en cualquier farmacia de la red sin demoras prolongadas.

Dado que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no hay un proveedor de la red disponible para que usted consulte debido a una red limitada de proveedores contratados, tiene derecho a ir a uno fuera de la red, pero aun así deberá pagar los montos dentro de la red.

Si considera que no recibe su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, consulte el Capítulo 9, Sección 10, de esta guía para obtener información sobre qué hacer al respecto. (Si le hemos negado cobertura de atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte el Capítulo 9, Sección 4, para saber qué hacer al respecto.)

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de la información personal de la salud. Nosotros protegemos su información personal de salud conforme a estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y demás información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la recopilación de información y con la manera de controlar su uso. Le entregaremos un aviso por escrito llamado “Notificación de las prácticas de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿De qué forma protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o cambie sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si divulgamos su información de salud a cualquier persona o entidad que no le brinde atención ni pague por su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o cualquier persona a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones que no exigen que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o establecidas por las leyes.
 - Por ejemplo, debemos revelar la información de salud a las agencias gubernamentales que estén verificando la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, debemos otorgarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre los medicamentos de venta con receta cubiertos por la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información de sus registros y saber de qué forma se ha compartido con los demás.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en poder del plan y a obtener una copia de ellos. Es posible que cobremos una tarifa por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que realicemos correcciones o aditamentos en sus registros médicos. Si nos solicita que realicemos esto, trabajaremos junto a su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a saber de qué forma su información de salud se ha compartido con los demás con otros fines que no fueran de rutina.

Si tiene dudas o preguntas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía).

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos diversos tipos de información. (Según lo explicado en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le brindemos información de un modo que a usted le resulte comprensible. Esto incluye la información en idiomas distintos al inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener alguna de las clases de información que se describen a continuación, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de rendimiento del plan, incluidas las calificaciones por parte de los miembros del plan y la comparación con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información sobre las aptitudes de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y de qué forma les pagamos a dichos proveedores.
 - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte la *Guía de proveedores y farmacias combinada*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta guía) o visitar nuestro sitio de Internet en www.careimprovementplus.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe respetar al usar su cobertura**
 - En los Capítulos 3 y 4 de esta guía, se explica qué servicios médicos tienen cobertura, las restricciones que se aplican a su cobertura y las reglas que debe respetar para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta guía, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informan cuáles son los medicamentos que están cubiertos, y explican las reglas que debe respetar y las restricciones que se aplican a su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).

- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a solicitar esta explicación aun si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o si está en desacuerdo con una decisión que tomemos sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D o su atención médica, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto de la forma que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de esta guía. Allí encontrará detalles sobre cómo hacer una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también incluye información sobre cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).
 - Si desea solicitarle a nuestro plan que pague la parte de una factura que ha recibido por la atención médica o un medicamento de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de esta guía.

Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones respecto de su atención.
--------------------	---

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

Usted tiene derecho a obtener información detallada de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando deba recibir sus servicios. Sus proveedores deben brindarle una explicación relacionada con su afección médica y sus opciones de tratamiento *de un modo comprensible*.

Además, tiene derecho a participar totalmente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos respecto del tratamiento más adecuado para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones** .Esto significa que tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. Además, se incluye el derecho a conocer los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos** Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos relacionados con su atención. Debe ser informado con anticipación si la atención médica o el tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no.”** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no retirarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que pueda sucederle a su cuerpo en consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención** Tiene derecho a que le brindemos una explicación si un proveedor le niega la atención que usted considera que debiera recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de esta guía incluye información sobre cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar indicaciones de lo que debe hacerse en el caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas, debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar qué es lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a una **persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez pierde la capacidad de tomarlas usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que se administre su atención médica en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para brindar sus instrucciones con antelación en estas situaciones se llaman “**órdenes anticipadas**”. Existen diferentes tipos de órdenes anticipadas y diferentes formas de nombrarlas. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para la atención médica**” son ejemplos de éstas.

Si desea utilizar una “orden anticipada” para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario** Si desea realizar una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de tiendas que vendan insumos para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios de órdenes anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios para los Miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).
- **Completarlo y firmarlo** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debe tener en cuenta la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Darles copias a las personas correspondientes** Debe darles una copia del formulario a su médico y a la persona que mencione en el formulario, que será quien tome las decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Probablemente también desee darles copias a sus amigos cercanos o integrantes de la familia. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó una orden anticipada, **lleve consigo una copia al hospital**.

- Si ingresa al hospital, le preguntarán si firmó una orden anticipada y si la tiene consigo.
- Si no firmó un formulario de orden anticipada, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar una orden anticipada (incluso firmar una si está hospitalizado). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle la atención ni discriminarlo por no haber firmado una.

¿Qué sucede en el caso de que sus instrucciones no se respeten?

Si firmó una orden anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que allí se indican, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones.

Si tiene problemas o inquietudes sobre su atención o servicios cubiertos, en el Capítulo 9 de esta guía encontrará información sobre qué puede hacer. Dicho capítulo detalla cómo tratar todos los tipos de problemas y reclamaciones.

Según lo explicado en el Capítulo 9, los pasos a seguir para realizar un seguimiento del problema o la inquietud dependen de la situación. Es posible que necesite solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que modifiquemos la decisión de cobertura o realizar una reclamación. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una reclamación, **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las reclamaciones que otros miembros presentaron contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de esta guía).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

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

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos por su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame 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 alguna otra cuestión?

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* fue por discriminación, puede obtener ayuda para tratar ese problema:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio de Internet de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades.

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación se menciona lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía). Estamos para ayudar.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe respetar para obtener estos servicios.** *Utilice la presente guía “Evidencia de cobertura” para conocer lo que está cubierto y las reglas que necesita respetar para obtener los servicios cubiertos.*
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan los detalles sobre los servicios médicos que puede recibir, que incluyen lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe respetar y cuánto debe pagar.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura para los medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud u otra cobertura de medicamentos de venta con receta además de nuestro plan, debe avisarnos.** *Para avisarnos, llame a Servicios para los Miembros.*
 - Debemos respetar las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura combinada cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque consiste en coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con los otros beneficios médicos y de medicamentos que tiene disponibles. Lo ayudaremos con ello. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7.)
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** *Muestre su tarjeta de afiliación al plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos de venta con receta de la Parte D.*
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a que le brinden la mejor atención, aprenda todo lo posible sobre sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Respete los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas, y los suplementos.

- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen las cosas de una manera en que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta ofrecida, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que se comporte de manera que contribuya al funcionamiento sin problemas del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.*
- **Pague lo que debe.** *Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:*
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare Parte A y debe estar inscrito en Medicare Parte B. Por este motivo, algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para permanecer como miembro del plan.
 - En el caso de la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un importe fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 indica lo que debe pagar por los servicios médicos. El Capítulo 6 indica lo que debe pagar por los medicamentos de venta con receta de la Parte D.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan u otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para obtener información sobre cómo hacer una apelación.
 - Si tiene que pagar una penalización por inscripción tardía, deberá pagar la penalización para seguir siendo miembro del plan.
- **Avísenos si se muda.** *Si tiene planificado mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).*
 - **Si se muda fuera de la zona de servicios de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra zona de servicios). Podemos ayudarlo a averiguar si se mudará fuera de nuestra zona de servicios. Si abandona nuestra zona de servicios, podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
 - **Aun si se muda dentro de nuestra zona de servicios, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame al Servicio para los Miembros para recibir ayuda.** *También le agradeceremos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicios para los Miembros se encuentran en la contraportada de esta guía.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

INFORMACIÓN DETALLADA

SECCIÓN 1	Introducción	112
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	112
Sección 1.2	Acerca de los términos legales.....	112
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros.	112
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	112
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?.....	113
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamaciones?	113

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4	Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	114
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: panorama general	114
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación.	114
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo presenta los detalles correspondientes a <u>su</u> situación? ..	115
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación.....	116
Sección 5.1	Esta sección informa lo que puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su parte del costo de la atención.	116
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que el plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)	117
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan).....	119
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	122

Sección 5.5	¿Qué sucede si está solicitando que le paguemos la parte que nos corresponde de la factura que recibió por atención médica?	123
SECCIÓN 6	Los medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación	124
Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.	125
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	126
Sección 6.3	Aspectos importantes que debe conocer sobre la solicitud de excepciones.	127
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida la excepción	128
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan).....	131
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	133
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	134
Sección 7.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos.	135
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	136
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	138
Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar la apelación de Nivel 1? ...	139
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	141
Sección 8.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios <u>solamente</u>:</i> atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializado, y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)	141
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finaliza su cobertura.	142
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado	142
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado	144

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar la apelación de Nivel 1? ...145

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores..... 148

Sección 9.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para las apelaciones de atención médica 148

Sección 9.2 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.....149

CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES

SECCIÓN 10 Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes 150

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamaciones?..... 150

Sección 10.2 La manera formal de decir “presentar una reclamación” es “presentar una queja” 152

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una reclamación 152

Sección 10.4 También puede presentar reclamaciones por la calidad de la atención a la Organización de mejoras de calidad. 154

INFORMACIÓN DETALLADA

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar reclamaciones**.

Medicare ha aprobado ambos procesos. Para garantizar que haya justicia y se les dé un trato sin demora a sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos respetar.

¿Cuál utilizará? Eso dependerá del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

En este capítulo, se explican algunos términos legales técnicos que se utilizan para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite. La mayoría de la gente no conoce muchos de estos términos, que pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales mediante el uso de palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, este capítulo en general dice “hacer una reclamación” en lugar de “presentar una queja”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura”; y “Organización independiente de revisión” en vez de “Entidad independiente de revisión”. Además, utiliza la menor cantidad posible de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces muy importante) que sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a expresarse con más claridad y precisión cuando esté tratando su problema y obtener la ayuda adecuada o la información apropiada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para tratar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros.

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede resultar confuso comenzar o hacer un seguimiento del proceso para tratar un problema, especialmente si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda o asesoramiento de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene consejeros capacitados en todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros o con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para tratar el problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre lo que puede hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Podrá encontrar algunos números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía.

También puede obtener ayuda e información de parte de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

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

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamaciones?

Si tiene un problema o una inquietud, sólo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará específicamente con su problema o inquietud, **COMIENCE AQUÍ**

Su problema o inquietud, ¿es sobre los beneficios o la cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si una atención médica particular o determinados medicamentos de venta con receta están cubiertos o no, cómo están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos de venta con receta).

Sí.

Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.”**

No.

Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Avance a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes”**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos de venta con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Éste es el proceso que se utiliza para tratar temas como, por ejemplo, si algo está cubierto o no y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o los medicamentos que obtenga. Por ejemplo, su médico de red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) respecto de la atención médica que éste le brinda o su médico de red lo deriva a un médico especialista. Usted también puede comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre si nosotros cubriremos un servicio médico específico o si se niega a brindar la atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que Medicare no le cubra o deje de cubrir el servicio o medicamento. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede hacer una apelación.

Cómo hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con dicha decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando hace una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si respetamos todas las reglas de manera adecuada. La apelación estará a cargo de revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando finalizamos la revisión, le hacemos conocer nuestra decisión.

Si negamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1, su caso pasará a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 se realiza por medio de una organización independiente que no tiene relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso pasará automáticamente a la organización independiente para que se lleve a cabo una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, le informaremos al respecto. En otras situaciones, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2.) Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, probablemente pueda continuar con varios niveles de apelación más.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación

¿Le gustaría obtener ayuda? A continuación se mencionan los recursos que puede utilizar si decide pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga relación con nuestro plan, comuníquese con el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor puede realizar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su representación. Para solicitar una apelación de un nivel superior al Nivel 1, su médico o el otro proveedor debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede nombrar a otra persona como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté autorizado legalmente para actuar como su representante según la ley del Estado.
 - Si desea que un amigo o familiar su médico u otro proveedor, o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio de Internet en www.careimprovementplus.com.) El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe tener su firma y la firma de la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través del colegio local de abogados u otro servicio de referencia. También existen grupos que le prestarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. No obstante, **no es necesario contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 **¿Qué sección de este capítulo presenta los detalles correspondientes a su situación?**

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, brindamos los detalles para cada una de ellas en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Los medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*sólo se aplica a los siguientes servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializado y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones

gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (los números de teléfono de este programa están en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, probablemente desee leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección informa lo que puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su parte del costo de la atención.

Esta sección trata sobre los beneficios para recibir atención y servicios médicos (pero no trata sobre los medicamentos de la Parte D; para obtener información sobre las apelaciones para medicamentos de la Parte D, consulte la Sección 6). Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de esta guía: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para simplificar las cosas, en general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” todas las veces.

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

1. No está recibiendo la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan, pero hemos determinado que no pagaremos dicha atención.
4. Ha recibido y pagado la atención o los servicios médicos que considera que el plan debe cubrir, y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de dicha atención.
5. Se le informa que se reducirá o interrumpirá la cobertura de una atención médica determinada que habíamos aprobado previamente y que usted ha estado recibiendo, y usted considera que esto puede poner en riesgo su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializado o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación se menciona lo que debe leer en dichas situaciones:**
 - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos una hospitalización más prolongada si considera que se le pide que deje el hospital demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección sólo trata sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializado y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).

- Para *todas las demás* situaciones en que le hayan informado que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:

Puede hacer lo siguiente:

¿Quiere averiguar si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?

Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos el servicio médico de la manera en que usted desea que se cubra o pague?

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 5.2**.

¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de la atención médica o el servicio médico que usted ya recibió y pagó?

Puede hacer una **apelación**. (Esto significa que puede solicitarnos que reconsideremos la decisión).

Avance a la **Sección 5.3** de este capítulo.

Puede enviarnos la factura.

Avance a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que el plan autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, ésta se denomina “**determinación de organización**”.

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su estado de salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida**”.

Términos legales Una “decisión rápida” se denomina “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar la cobertura de atención médica que desea

- Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que proporcionemos la cobertura de atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para conocer los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura de su atención médica*.

En general, utilizamos las fechas límite estándar para hacerle conocer nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos información (por ejemplo, registros médicos) que pueda beneficiarlo. Si decidimos que nos llevará más días tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

- Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Si presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una reclamación es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su estado de salud así lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”.

- **Una decisión rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo o si usted necesita más tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos que nos llevará más días, le informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas hayamos tomado la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si solicita una cobertura de atención médica que *no haya recibido todavía*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya ha recibido).
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de las fechas límite estándar podría *perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida”, acordaremos brindársela de manera automática.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que se le proporcione una decisión rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y, en su lugar, utilizaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión rápida, se la brindaremos de manera automática.
 - En la carta también se le informará cómo puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le brindamos una respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura “rápida”

- En general, en el caso de una decisión rápida, le brindaremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, nos puede llevar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos que nos llevará más días tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Si presenta una reclamación rápida, le daremos una

respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o si hay un período extendido al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se indica cómo hacer una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión, le proporcionaremos la cobertura al finalizar dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de dicha respuesta negativa.

Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar”

- En general, en el caso de una decisión estándar, le brindaremos una respuesta **en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud**.
 - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“período extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos que nos llevará más días tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Si presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 14 días (o si hay un período extendido al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se indica cómo hacer una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión, le proporcionaremos la cobertura al finalizar dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de dicha respuesta negativa.

Paso 3: Si denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si denegamos la solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (y quizás cambiemos) esta decisión por medio de una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento de obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide hacer una apelación, esto significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3

Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

<p>legales cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.</p>
--

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y hace una apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted, su médico o su representante, deben comunicarse con nosotros.** Para conocer los detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realícela por escrito mediante una solicitud firmada.**
 - Si una persona que no es el médico apelará nuestra decisión en representación suya, la apelación deberá incluir un formulario de Designación de representante mediante el cual se autorice a dicha persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario "Designación de representante". El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio de Internet en www.careimprovementplus.com.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión respecto de la apelación), la solicitud de apelación se enviará a la Organización independiente de revisión para su desestimación.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón que lo explique, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas para no cumplir con el plazo pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información con respecto a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Es posible que cobremos una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede solicitarla por teléfono).

<p>Términos legales Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.</p>
--

- Si su apelación está relacionada con una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.

- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión rápida. (Dichas instrucciones se mencionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, acordaremos brindársela de manera inmediata.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, una vez más analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

*Fechas límite para una **apelación “rápida”***

- Cuando utilizamos las fechas límite rápidas, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos que nos llevará más días tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o al finalizar el período extendido si nos tomamos más días), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la analizará. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre dicha organización y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito, donde le informaremos que hemos enviado automáticamente su apelación a una Organización independiente de revisión para una apelación de Nivel 2.

*Fechas límite para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que todavía no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más**.
 - Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Si presenta una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite mencionada anteriormente (o al finalizar el período extendido si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la analizará. Más

adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 30 días después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito, donde le informaremos que hemos enviado automáticamente su apelación a una Organización independiente de revisión para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan deniega su apelación en parte o en su totalidad, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización independiente de revisión”**. Esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente de revisión** analiza la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización independiente de revisión” es “**Entidad independiente de revisión**”. También se la conoce como “**IRE**”.

Paso 1: La Organización independiente de revisión analiza su apelación.

- **La Organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para realizar el trabajo de ser la Organización independiente de revisión. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a dicha organización. Esta información recibe el nombre de “archivo del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.** Es posible que le cobremos una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a entregarle a la Organización independiente de revisión información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización independiente de revisión examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si tenía una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “rápida” en el Nivel 2.***

- Si tenía una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta en relación con su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la Organización independiente de revisión necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.**

*Si tenía una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una **apelación “estándar”** en el Nivel 2.*

- Si tenía una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta en relación con su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la Organización independiente de revisión necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización independiente de revisión le brinda una respuesta.

La Organización independiente de revisión le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si dicha organización deniega su apelación en parte o en su totalidad**, esto significa que está de acuerdo con nosotros en que la solicitud (o parte de ésta) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”).
 - El aviso por escrito que usted recibe de la Organización independiente de revisión indicará el importe que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación. Por ejemplo, para continuar y hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe alcanzar un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión que se tomó en el Nivel 2 es definitiva.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (que suman un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si está solicitando que le paguemos la parte que nos corresponde de la factura que recibió por atención médica?

Si desea solicitar que realicemos un pago por atención médica, primero lea el Capítulo 7 de esta guía: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte correspondiente de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió por parte de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestro plan

Si nos envía la documentación necesaria para solicitar el reembolso, nos solicita que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si respetó todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se encuentran en el Capítulo 3 de esta guía: *Cómo usar la cobertura de su plan para los servicios médicos*).

Aceptaremos o denegaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted respetó todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, esto equivale a *aceptar* su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* respetó todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que explique que no pagaremos los servicios y las razones correspondientes. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, esto equivale a *denegar* su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y decimos que no lo pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede hacer una apelación**. Si hace una apelación, esto significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer dicha apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la parte 5.3 de esta sección. Allí encontrará las instrucciones paso a paso. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Si hace una apelación por reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita que le demos un reembolso por atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización independiente de revisión revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Los medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, probablemente desee leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 **Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.**

Los beneficios que tiene como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de numerosos medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios. Medicare denomina dichos medicamentos “medicamentos de la Parte D”. Puede obtener estos medicamentos siempre que estén incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. (“Indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 4 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

- **En esta sección se tratan únicamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento de venta con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todas las veces.
- Para obtener más detalles sobre qué significa “medicamentos de la Parte D”, la Lista de medicamentos cubiertos (*formulario*), las reglas y las restricciones de la cobertura, y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Usar la cobertura del plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Según se mencionó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos.

Términos legales

La decisión inicial de cobertura con respecto a los medicamentos de la Parte D se llama “**determinación de cobertura.**”

A continuación se presentan algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre los medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Solicitarnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
 - Solicitarnos que paguemos un monto menor del costo compartido por un medicamento cubierto no preferido.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si cumple con las reglas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan pero necesitamos que obtenga una aprobación de nuestra parte antes de cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le informa que su receta no puede llenarse según como está escrita, usted recibirá un aviso para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento de venta con receta que ya compró. Ésta es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago.

Si está en desacuerdo con la decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo realizar una apelación. Utilice la siguiente tabla para determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y considera que usted cumple con las normas o restricciones del plan (tal como obtener la aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos que le reembolsemos dicho monto. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Avance a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que se cubra o pague?</p> <p>Puede hacer una apelación. (Esto significa que puede solicitarnos que reconsideremos la decisión.)</p> <p>Avance a la Sección 6.5 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que desearía, puede solicitar que realicemos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que prescribe deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. A continuación, encontrará tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que prescribe puede solicitar que hagamos:

- Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”).

Términos legales	Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una “ excepción al ”
-------------------------	--

formulario”.

- Si acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que se requiere que pague por el medicamento.
- No puede solicitar la cobertura de cualquier “medicamento excluido” u otro medicamento que no sea de la Parte D que Medicare no cubre. (Para obtener más información sobre los medicamentos excluidos, consulte el Capítulo 5).

2. Eliminar una restricción a nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Existen otras reglas o restricciones que se aplican a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales	Solicitar que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “ excepción al formulario ”.
-------------------------	---

- Las reglas y las restricciones adicionales a la cobertura para determinados medicamentos incluyen:
 - *Tener que usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación anticipada del plan* antes de que acordemos cubrir su medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Primero probar un medicamento diferente* antes de que acordemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se denomina “tratamiento escalonado”).
 - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones a la cantidad de medicamentos que puede obtener.
- Si acordamos hacer una excepción y no aplicar una restricción, puede solicitar una excepción en el monto del copago o coseguro que se requiere que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel inferior de costo compartido Todos los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos están en uno de los cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo es el nivel de costo compartido, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

Términos legales	Solicitar pagar un precio preferido inferior por un medicamento cubierto no preferido suele llamarse solicitar una “ excepción al nivel ”.
-------------------------	---

- Si su medicamento está en el Nivel 3 (medicamento de marca no preferido), puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 2 (medicamento preferido del formulario). Esto podría disminuir su parte del costo para el medicamento.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe conocer sobre la solicitud de excepciones.
--------------------	---

El médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que prescribe deben otorgarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para la solicitud de la excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que prescribe cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. A estas posibilidades diferentes se las llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que solicita y no produciría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o denegaremos su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación habitualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido mientras que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo válido y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión a través de la presentación de una apelación. En la Sección 6.5, se explica cómo se presenta una apelación en caso de que rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección, se informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida la excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida la excepción
--------------------	---

Paso 1: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida**”. **No podrá pedir una decisión rápida si nos solicita el reembolso por un medicamento que ya compró.**

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que prescriba) puede hacer esto. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos de venta con receta de la Parte D*. **O si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento, vaya a la sección llamada *Dónde debe enviarnos una solicitud del pago de nuestra parte del costo de la atención médica o del medicamento que recibió*.**
- **Usted o su médico, u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. Además, puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el monto de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de esta guía: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte correspondiente de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También le informa cómo enviarnos los documentos que nos solicitan el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **Si solicita una excepción, facilítenos la “declaración del médico”.** Su médico u otro profesional que prescribe debe darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que usted solicita. (Llamamos a esto “declaración del médico”.) Su médico u otro profesional que prescribe puede enviar la declaración a nuestro plan por fax o correo. O su médico u otro profesional que prescribe puede informarnos por teléfono y posteriormente enviar un fax o una correspondencia

con la declaración escrita si fuese necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.

Si su estado de salud así lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”.

Términos legales	Una "decisión rápida" también se denomina " determinación de cobertura acelerada ".
-------------------------	--

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración del médico. Una decisión rápida significa que le responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - *Sólo* puede obtener una decisión rápida si solicita un *medicamento que aún no recibió*. (No podrá obtener una decisión rápida si nos solicita el reembolso por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de las fechas límite estándar podría *perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro profesional que prescribe nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida”, acordaremos brindársela de manera automática.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que prescribe), nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionemos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y, en su lugar, utilizaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le informa que si su médico u otro profesional que prescribe solicita una decisión rápida, se la brindaremos de manera automática.
 - Además, la carta le informa cómo presentar una reclamación sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. Informa cómo presentar una reclamación “rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una reclamación es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa: en un plazo de 24 horas después de haber recibido la solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración del médico que respalda la solicitud. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización externa independiente la revisará. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o para todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de haber recibido la solicitud o la declaración del médico que respalda la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de dicha respuesta negativa.

Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido.

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en un plazo de 72 horas después de haber recibido la solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración del médico que respalda la solicitud. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido la solicitud o la declaración del médico que respalda la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de dicha respuesta negativa.

Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Le daremos una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de dicha respuesta negativa.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos pide que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales	Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina “redeterminación del plan.”
-------------------------	--

Paso 1: Se pone en contacto con nosotros y presenta la apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar la apelación, usted (o su representante o su médico, u otro profesional que prescribe) debe ponerse en contacto con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier propósito relacionado con la apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea hacer una apelación sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realícela mediante una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede realizar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2** (Cómo ponerse en contacto con nuestro plan si desea presentar una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D).
- **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón que lo explique, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas para no cumplir con el plazo pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información presente en su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Es posible que cobremos una tarifa por copiar y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted o su médico, u otro profesional que prescribe puede darnos información adicional que respalde la apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

Términos legales	Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada” .
-------------------------	--

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico, u otro profesional que prescribe deberán decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
- Los requisitos para obtener una **“apelación rápida”** son los mismos que para obtener una **“decisión rápida”** en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico, u otro profesional que prescribe para obtener más información.

*Fechas límite para una **apelación “rápida”***

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación**. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una Organización independiente de revisión la revisará. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de nuestro rechazo y la forma de apelar a nuestra decisión.

*Fechas límite para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido la apelación. Le informaremos antes nuestra respuesta si aún no recibió el medicamento y su afección médica así lo requiere. Si considera que su estado de salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no tomamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una Organización independiente de revisión la revisará. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva para una parte o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, **debemos proporcionar** la cobertura que acordamos tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero **antes de 7 días calendario** después de haber recibido la apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, **debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique la razón de nuestro rechazo y la forma de apelar a nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación.

Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación irá al Nivel 2 del proceso de apelación (vea a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, puede optar por aceptar esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación. Si decide ir al Nivel 2 de apelación, la **Organización independiente de revisión** revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización independiente de revisión” es “ Entidad independiente de revisión ”. También se la conoce como “ IRE ”.
-------------------------	--

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, debe ponerse en contacto con la Organización independiente de revisión y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestro plan rechaza la apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluye **las instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización independiente de revisión. Estas instrucciones informarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, las fechas límite que debe cumplir y el modo de contactarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización independiente de revisión, nosotros enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información recibe el nombre de “archivo del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.** Es posible que le cobremos una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a entregarle a la Organización independiente de revisión información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización independiente de revisión realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nuestro plan.
- Los revisores de la Organización independiente de revisión examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará los motivos de ésta.

Fechas límite para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización independiente de revisión una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, esta debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la solicitud de apelación.
- **Si la Organización independiente de revisión acepta una parte o todo lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura del medicamento que la organización **de revisión aprobó en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido la apelación.
- **Si la Organización independiente de revisión acepta una parte o todo lo que usted solicitó:**
 - Si la Organización independiente de revisión aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que la organización de revisión aprobó **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización independiente de revisión aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviar el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

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

Si la organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que recibe de la Organización independiente de revisión le dirá el valor en dólares que se debe disputar para continuar el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con los requisitos, usted decide si desea presentar más apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (que suman un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para la atención hospitalaria, incluidas las limitaciones sobre esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de esta guía: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Durante su hospitalización, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que se retire del hospital. También ayudarán a organizar la atención que puede necesitar después de dejar el hospital.

- El día en que se retira del hospital se llama **“fecha de alta”**. La cobertura de nuestro plan de su hospitalización finaliza en esta fecha.

- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le dieron el alta hospitalaria demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección le informamos cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos.

Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que ingresan en un hospital. Una persona del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en un plazo de dos días desde que es admitido. Si no recibe el aviso, pídselo al personal del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame al Servicios para los Miembros. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea detenidamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa sobre sus derechos como paciente hospitalario, por ejemplo:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
 - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Su derecho de apelar la decisión de su alta si cree que le dieron de alta hospitalaria demasiado pronto.

Términos legales	El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “pedir una revisión inmediata” . Pedir una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir que se prolongue su estadía en el hospital para que atención hospitalaria sea cubierta por más tiempo. (La sección 7.2 abajo informa sobre cómo pedir una revisión inmediata).
-------------------------	--

- 2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma en el aviso indica *solamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirán su fecha de alta). La firma en el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo hacer una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que se retire del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
 - Para obtener una copia de este aviso por anticipado, llame a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Además, puede verla en línea en http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que nuestro plan cubra los servicios hospitalarios durante un tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación se explican a continuación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y siga las fechas límite correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de mejoras de calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de mejoras de calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

Términos legales	Una "revisión rápida" también se denomina " revisión inmediata ".
-------------------------	--

¿Qué es la Organización de mejoras de calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número del teléfono de la Organización de mejoras de calidad para su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía).

Actúe con rapidez:

- Para hacer la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad *antes* de retirarse del hospital y **antes de su fecha de alta planificada**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se estableció para que usted se retire del hospital).
 - Si cumple con esta fecha límite, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de su alta hospitalaria *sin tener que hacerse cargo de los gastos* mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la Organización de mejoras de calidad.
 - Si *no* cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital, *después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que hacerse cargo de todos los costos de la atención hospitalaria que recibe después de la fecha de su alta planificada.*

- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad sobre la apelación, en su lugar, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización de mejoras de calidad una “**revisión rápida**” de su alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que utilice las fechas límite “rápidas” para una apelación en lugar de utilizar las fechas límite estándar.

Términos legales	La “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 2: La Organización de mejoras de calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de mejoras de calidad (para abreviar, los llamaremos “los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les hayamos entregado.
- Antes del mediodía y el día posterior a la notificación por parte de los revisores de su apelación a nuestro plan, también recibirá un aviso por escrito en el cual se le informará su fecha de alta planificada y se le explicarán las razones por las cuales su médico, el hospital y nuestro plan creen que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales	Esta explicación por escrito se llama “ Aviso detallado de alta hospitalaria ”. Para obtener una muestra de este aviso, llame al Servicio para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O, puede ver una muestra del aviso en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de mejoras de calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión da una respuesta *afirmativa* a su apelación, **nuestro plan debe continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles y los copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión da una respuesta *negativa* a su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **la cobertura de nuestro plan para los**

servicios hospitalarios finalizará al mediodía del día *después* de que la Organización de mejoras de calidad le de la respuesta a su apelación.

- Si a organización de revisión rechaza *su* apelación y usted decide es posible que tenga que **pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización de mejoras de calidad le de la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de mejoras de calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si la Organización de mejoras de calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de mejoras de calidad que vuelva a examinar la decisión que se tomó sobre su primera apelación. Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que hacerse cargo de todos los costos de la atención hospitalaria que recibe después de la fecha de su alta planificada.

A continuación, se mencionan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se pone en contacto con la Organización de mejoras de calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejoras de calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de mejoras de calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de mejoras de calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario, los revisores de la Organización de mejoras de calidad decidirán qué hacer respecto de su apelación y le informarán la decisión.

Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa:

- **Nuestro plan debe reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de mejoras de calidad rechazó su primera apelación. **Nuestro plan debe continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión da una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

- El aviso que recibe le informa por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea presentar otra apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (que suman un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez es el encargado de revisar la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar la apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En su lugar, puede apelar a nuestro plan.

Como se explicó en la Sección 7.2, debe actuar con rapidez para ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad y comenzar con la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Con rapidez” significa antes de retirarse del hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si no cumple con la fecha para ponerse en contacto con esta organización, existe otra manera de presentar una apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en lugar de las estándar.

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ revisión acelerada ”.
-------------------------	---

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo ponerse en contacto con nuestro plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta teniendo en cuenta las fechas límite “rápidas” en lugar de las “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan realiza una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y verifica si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, nuestro plan examina toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Verificaremos si la decisión sobre el momento en que debía retirarse del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

- En esta situación, utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Nuestro plan le otorga nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan acepta su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de la cobertura).
- **Si nuestro plan rechaza su apelación rápida**, quiere decir que su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios finaliza a partir del día en que dijimos que la cobertura finalizaría.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si nuestro plan *rechaza* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **nuestro plan debe enviar su apelación a la “Organización independiente de revisión”**. Al hacer esto, significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación* alternativa de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente de revisión** analiza la decisión que nuestro plan tomó cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización independiente de revisión” es “ Entidad independiente de revisión ”. También se la conoce como “ IRE ”.
-------------------------	--

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización independiente de revisión.

- Debemos enviar la información para la apelación de Nivel 2 a la Organización independiente de revisión en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una reclamación. El proceso de reclamación es diferente del proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo le informamos cómo presentar una reclamación).

Paso 2: La Organización independiente de revisión realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para realizar el trabajo de ser la Organización independiente de revisión. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización independiente de revisión examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización da una respuesta afirmativa a su apelación**, nuestro plan debe reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir de la fecha de su alta planificada. Además, debemos continuar con la cobertura del plan de los servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo durante el que continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización da una respuesta negativa a su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que la fecha del alta hospitalaria planificada fue médicamente adecuada.
 - El aviso que recibe de la Organización independiente de revisión le informa por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Paso 3: Si la Organización independiente de revisión rechaza su apelación, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (que suman un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted elige si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección es <u>sólo</u> sobre tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializado y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</i>
--------------------	--

Esta sección *sólo* trata sobre los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica** en el hogar que recibe.
- **La atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializado. (Para obtener información sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializado”, consulte el Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Habitualmente, esto significa que está en tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que está en recuperación de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida su parte del costo y

las limitaciones a la cobertura que puedan aplicarse, consulte el Capítulo 4 de esta guía: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando nuestro plan decide que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando la cobertura para esa atención finaliza, *nuestro plan deja de pagar su parte del costo de la atención*.

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finaliza su cobertura.

- Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, la agencia o el centro que le proporciona la atención le entregará una carta o un aviso.
 - El aviso escrito le informa la fecha en la que nuestro plan dejará de cubrir la atención para usted.
 - El aviso por escrito también le informa lo que puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre el momento de finalización de su atención y continúe con la cobertura de la atención durante un período más prolongado.

Términos legales	Al decirle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede pedir una " apelación acelerada ". El pedido de una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar a nuestro plan que cambie la decisión de cobertura que tomamos sobre cuándo finalizar su atención. (La sección 8.3 abajo le informa cómo pedir una apelación acelerada).
-------------------------	---

Términos legales	El aviso por escrito se llama " Aviso de no cobertura de Medicare ". Para obtener una copia de muestra, llame al Servicio para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O, puede ver una muestra del aviso en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

- Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 se informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - La firma en el aviso indica *solamente* que recibió la información sobre cuándo cesará su cobertura. **La firma en el aviso no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación se explican a continuación.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y siga las fechas límite correspondientes a lo que debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestras fechas límite, puede presentar una reclamación. En la Sección 10 de este capítulo le informamos cómo presentar una reclamación).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están en la portada de esta guía). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de mejoras de calidad revisa su apelación y decide si se cambiará o no la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Póngase en contacto con la Organización de mejoras de calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización de mejoras de calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinadas clases de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le informa cómo ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número del teléfono de la Organización de mejoras de calidad para su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía).

¿Qué debe solicitar?

- Pida a esta organización que realice una revisión independiente acerca de si es médicamente adecuado que nuestro plan deje de cubrir sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día después de haber recibido el aviso por escrito que le informa el momento en que se dejará de cubrir su atención.*
- Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad sobre la apelación, en su lugar, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización de mejoras de calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de mejoras de calidad (para abreviar, los llamaremos “los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará información que nuestro plan le haya entregado.

- Antes de finalizar el día en que los revisores notifican sobre su apelación a nuestro plan, también recibirá un aviso por escrito del plan en el cual se le explicarán las razones por las cuales deseamos finalizar la cobertura del plan para sus servicios.

Términos legales	Este aviso de explicación se llama “ Explicación detallada de no cobertura ”.
-------------------------	--

Paso 3: Dentro de un día completo después de que los revisores tienen toda la información que necesitan, le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores dan una respuesta *afirmativa* a su apelación, **nuestro plan debe continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles y los copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores dan una respuesta *negativa* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.** Nuestro plan dejará de pagar su parte de los costos de esta atención.
- Si decide seguir recibiendo la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializado o los servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa pasar al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado
--------------------	--

Si la Organización de mejoras de calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de mejoras de calidad que vuelva a examinar la decisión que se tomó sobre su primera apelación. Si nuestro plan rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que hacerse cargo de todos los costos de la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializado o de los servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura.

A continuación, se mencionan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se pone en contacto con la Organización de mejoras de calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización de mejoras de calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión sólo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de mejoras de calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de mejoras de calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días, los revisores de la Organización de mejoras de calidad decidirán sobre su apelación y le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Nuestro plan debe reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. **Nuestro plan debe continuar proporcionando** cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de la cobertura.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le informa por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea presentar otra apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, que suman un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez es el encargado de revisar la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar la apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En su lugar, puede apelar a nuestro plan.

Como se explicó en la Sección 8.3, debe actuar con rapidez para ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad y comenzar con la primera apelación (en el plazo de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con la fecha para ponerse en contacto con esta organización, existe otra manera de presentar una apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para ponerse en contacto con la Organización de mejoras de calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en lugar de las estándar.

A continuación se mencionan los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “revisión acelerada”.
-------------------------	--

Paso 1: Póngase en contacto con nuestro plan y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Cómo ponerse en contacto con nosotros si desea presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta teniendo en cuenta las fechas límite “rápidas” en lugar de las “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan realiza una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, nuestro plan examina toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan de los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las estándar para darle la respuesta a esta revisión. (Habitualmente, si presenta una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir si aceptamos su solicitud y le otorgamos una “revisión rápida”. Pero en esta situación, las reglas nos exigen que le demos una respuesta rápida si la solicita).

Paso 3: Nuestro plan le otorga nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan acepta su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de la cobertura).
- **Si nuestro plan rechaza su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y nuestro plan no pagará después de esa fecha. Nuestro plan dejará de pagar su parte de los costos de esta atención.
- Si continúa recibiendo la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializado o los servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si nuestro plan *rechaza* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **nuestro plan debe enviar su apelación a la “Organización independiente de revisión”.** Al hacer esto, significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo presentar una *apelación* alternativa de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización independiente de revisión** analiza la decisión que nuestro plan tomó cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización independiente de revisión” es “ Entidad independiente de revisión ”. También se la conoce como “ IRE ”.
-------------------------	--

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización independiente de revisión.

- Debemos enviar la información para la apelación de Nivel 2 a la Organización independiente de revisión en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una reclamación. El proceso de reclamación es diferente del proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo le informamos cómo presentar una reclamación).

Paso 2: La Organización independiente de revisión realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización independiente de revisión es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para realizar el trabajo de ser la Organización independiente de revisión. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización independiente de revisión examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización da una respuesta *afirmativa* a su apelación,** nuestro plan debe reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura. Además debemos continuar cubriendo su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo durante el que continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización da una respuesta *negativa* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y no la cambiaremos.
 - El aviso que recibe de la Organización independiente de revisión le informa por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización independiente de revisión rechaza su apelación, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, que suman un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez es el encargado de revisar la apelación.
- La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para las apelaciones de atención médica

Esta sección puede ser adecuada si usted hizo una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o el servicio médico que apeló cumple con determinados niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no puede realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente elevado, en la respuesta por escrito a la apelación de Nivel 2 que usted recibe se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones en las que se hacen apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación le mostramos quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo es afirmativa, el proceso de apelación puede o no haber culminado.** Nosotros decidiremos si deseamos apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización independiente de revisión), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que es favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días después de haber recibido la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo es negativa, el proceso de apelación puede o no haber culminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibe le informará qué hacer posteriormente si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el Gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de apelaciones de Medicare niega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.** Nosotros decidiremos si *apelaremos* esta decisión y pasar al Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización independiente de revisión), tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le resulte favorable.
 - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar el servicio o brindárselo en un plazo de 60 días después de recibir la decisión del Consejo de apelaciones de Medicare.
 - Si, por el contrario, decidimos apelar esta decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de apelaciones de Medicare le niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza su apelación, mediante la notificación que recibirá, se le informará si las reglas le permiten pasar al Nivel 5 de apelaciones. Si las reglas le permiten hacerlo, en la notificación escrita también se mencionará a quién debe contactar y qué debe hacer a continuación si desea seguir con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 9.2	Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D
--------------------	---

Esta sección puede ser adecuada si usted hizo una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con determinados niveles mínimos, puede pasar a niveles de apelaciones adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no puede realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente elevado, en la respuesta por escrito a la apelación de Nivel 2 que usted recibe se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones en las que se hacen apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de la misma manera. A continuación le mostramos quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o brindarle el medicamento** que fue aprobado por el juez de derecho administrativo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibe le informará qué hacer posteriormente si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el Gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o brindarle el medicamento** que fue aprobado por el Consejo de

apelaciones de Medicare **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.**

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación que recibirá se le informará si las reglas le permiten pasar al Nivel 5 de apelaciones. Si las reglas le permiten hacerlo, en la notificación escrita también se mencionará a quién debe contactar y qué debe hacer a continuación si desea seguir con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR RECLAMACIONES

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes**



Si tiene un problema con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es para usted*. Usted debe consultar la sección que trata el proceso de las decisiones sobre cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 **¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamaciones?**

En esta sección se explica cómo usar el proceso para hacer reclamaciones. El proceso de reclamaciones se usa *sólo* para tratar determinados tipos de problemas. Entre éstos se encuentran los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación le presentamos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de reclamaciones.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”

Calidad de su atención médica

- ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?

Respeto de su privacidad

- ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que usted considera confidencial?

Falta de respeto, atención al cliente deficiente u otras conductas negativas.

- ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?
- ¿Está insatisfecho con el modo en que el Departamento de Servicios para los Miembros lo trató?
- ¿Considera que lo están alentando a abandonar nuestro plan?

Períodos de espera

- ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla?
- ¿Algún médico, farmacéutico u otro profesional de la salud lo han hecho esperar mucho tiempo? ¿O el personal del Departamento de Servicios para los Miembros u otras personas de nuestro plan?
 - Los ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o al solicitar un medicamento de venta con receta.

Limpieza

- ¿Está insatisfecho con la limpieza o las condiciones de la clínica, el hospital o el consultorio del médico?

Información que recibe de nuestro plan.

- ¿Considera que no le informamos algún dato que debíamos comunicarle?
- ¿Considera que la información escrita que le hemos enviado no es clara?

En la siguiente página hay más ejemplos de posibles motivos para hacer un reclamo.

Posibles reclamos (continuación)

Estos tipos de reclamos están todos relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones en lo que respecta a las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y hacer una apelación se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si desea solicitar se tome una decisión o presentar una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de presentación de reclamos.

Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que nuestro plan no le responde con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Aquí hay algunos ejemplos:

- Si nos ha pedido que le demos una “respuesta rápida” a una decisión de cobertura o apelación y nosotros hemos respondido de forma negativa, puede presentar un reclamo.
- Si considera que nuestro plan no cumple con las fechas límite para tomar una decisión de cobertura o para responder a una apelación que ha hecho, puede presentar un reclamo.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que hayamos tomado y nuestro plan debe cubrir o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos o medicamentos, se deben respetar ciertas fechas límite. Si considera que no cumplimos con estas fechas límite, puede presentar un reclamo.
- Cuando nuestro plan no toma una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización independiente de revisión. Si no lo hacemos en el plazo correspondiente, usted puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 La manera formal de decir “presentar una reclamación” es “presentar una queja”.

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina “**reclamación**” también se llama “**queja**”.
- Otra manera de referirse a “**presentar una reclamación**” es “**presentar una queja**”.
- Otra manera de decir “**usar el proceso para presentar una reclamación**” es “**usar el proceso para presentar una queja**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una reclamación

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para los Miembros.** Si debe tomar alguna otra medida, dicho departamento se lo informará. 1-800-204-1002 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no resolvieron su duda), puede efectuar su reclamación por escrito y enviárnosla.** Si envía su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
 - La queja se debe enviar en un plazo de 60 días de ocurrido el evento o incidente. Si usted solicita una respuesta por escrito, presenta una queja por escrito o si su reclamación se relaciona con la calidad de la atención, le enviaremos una respuesta por escrito.

Para presentar una queja puede enviar su reclamación escrita por fax o correo a la dirección o el número de fax correspondiente:

FAX: 1-866-272-2908
DIRECCIÓN: Care Improvement Plus
 Attention: Compliance Grievances
 351 W. Camden Street, Suite 100
 Baltimore, MD 21201

Si desea presentar una **queja acelerada** (una queja que debe revisarse y resolverse en un plazo de 24 horas y que se relaciona con: a) el otorgamiento por parte del plan de salud de una extensión para una determinación de organización o una reconsideración, o b) la negativa por parte del plan de otorgar una determinación de organización acelerada o determinación de cobertura, o una reconsideración o redeterminación aceleradas), puede llamar a Servicios para los Miembros, o puede enviar su reclamación escrita por correo o por fax a la dirección y número que se proveyeron. Debemos determinar en un plazo de **24 horas** si nuestra decisión pone en riesgo su vida o su salud.

- **Debe comunicarse con Servicios para los Miembros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.** La reclamación se debe efectuar en el plazo de 60 días calendario después de ocurrido el problema que desea comunicar.
- **Si desea presentar una reclamación porque negamos su solicitud de una “respuesta rápida” a una decisión o apelación de cobertura, automáticamente le otorgaremos el estado de reclamación “rápida”.** Si tiene una reclamación “rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales	Lo que en esta sección se denomina “reclamación rápida” también se llama “queja rápida”.
-------------------------	--

Paso 2: Analizamos su reclamación y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si llama para comunicarnos una reclamación, probablemente podremos darle una respuesta en la misma llamada. Si su afección médica requiere una respuesta rápida, se la proporcionaremos.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y se produce una demora para poder brindarle la respuesta necesaria, o si usted nos pide más tiempo, puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) responder su reclamación.

- **Si no estamos de acuerdo** con alguna parte o con la totalidad de su reclamación, o no nos responsabilizamos por el problema que nos informa, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones en las que nos hemos basado. Debemos responder si estamos de acuerdo con la reclamación o no.

Sección 10.4	También puede presentar reclamaciones por la calidad de la atención a la Organización de mejoras de calidad.
---------------------	---

Puede presentar su reclamación a nuestro plan por la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso que se detalló.

Si su reclamación está relacionada con *la calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamación a la Organización de mejoras de calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamación por la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin* presentar la reclamación a nuestro plan).
 - La Organización de mejoras de calidad es un grupo de médicos que ejercen su profesión y otros expertos en atención médica financiados por el Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejoras de calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de esta guía. Si presenta una reclamación a esta organización, intentaremos resolverlo con dicha entidad.
- **O bien, puede presentar su reclamación ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su reclamación sobre la calidad de la atención a nuestro plan y a la Organización de mejoras de calidad.

Capítulo 10: Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1	Introducción	156
Sección 1.1	Este capítulo trata el proceso de finalización de su afiliación a nuestro plan.	156
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?	156
Sección 2.1	Puede finalizar su afiliación durante el período de inscripción anual.	156
Sección 2.2	Puede finalizar su afiliación durante el período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero las opciones son más limitadas.	157
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un período de inscripción especial.	157
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación? ..	158
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?	159
Sección 3.1	Usualmente, usted finaliza su afiliación inscribiéndose en otro plan.	159
SECCIÓN 4	Hasta que su afiliación finalice, debe seguir recibiendo los servicios médicos y los medicamentos por medio de nuestro plan.	160
Sección 4.1	Hasta que su afiliación finalice, seguirá siendo miembro de nuestro plan.	160
SECCIÓN 5	Care Improvement Plus debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones.....	160
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan?.....	160
Sección 5.2	Usted tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su afiliación a nuestro plan.....	161

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo trata el proceso de finalización de su afiliación a nuestro plan.
--------------------	--

La finalización de su afiliación a Care Improvement Plus puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por su propia decisión):

- Podría abandonar nuestro plan *porque* decidió que desea *irse* del plan.
 - Sólo en determinados momentos del año o en determinadas situaciones usted puede finalizar voluntariamente su afiliación al plan. En la Sección 2 se informa *cuándo* puede finalizar su afiliación al plan.
 - El proceso para finalizar su afiliación de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que escoja. En la Sección 3 se informa *cómo* finalizar su afiliación en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no escoge abandonar el plan pero nos vemos obligados a finalizar su afiliación. En la Sección 5 se informa cuáles son las situaciones en las que debemos finalizar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, usted debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos de venta con receta por medio de nuestro plan hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Puede finalizar la afiliación a nuestro plan sólo en determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Puede finalizar su afiliación durante el período de inscripción anual.
--------------------	---

Puede *finalizar* su afiliación durante el **período de inscripción anual** (también conocido como “período anual de elecciones coordinadas”). En este momento usted debe revisar la cobertura de salud y de medicamentos con la que cuenta, y tomar una decisión en cuanto a su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre al 7 de diciembre en el 2011.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante dicho período?** En ese momento, puede revisar su cobertura de salud y de medicamentos de venta con receta. Puede escoger seguir con su cobertura actual o modificarla para el año siguiente. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no lo haga).
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare independiente.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare independiente.
 - **Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos de venta con receta:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare diferente, Medicare

puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya elegido no tener inscripciones automáticas.

Nota: Si anula su inscripción de un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura confiable para medicamentos de venta con receta, tal vez deba pagar una penalización por inscripción tardía si luego se une a un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura "confiable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Para más información sobre la inscripción tardía vea la Sección 9 del Capítulo 6.

- **¿Cuándo finaliza su afiliación?** Su afiliación finalizará el 1 de enero, momento en el que comienza la cobertura de su nuevo plan.

Sección 2.2	Puede finalizar su afiliación durante el período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero las opciones son más limitadas.
--------------------	---

Durante el **período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud.**

- **¿Cuándo es el período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage?** Dicho período abarca del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante dicho período?** Durante ese período, puede cancelar su inscripción en Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse a un plan de medicamentos de venta con receta de medicare separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finaliza su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar a Medicare Original. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, su afiliación en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes luego de que el plan reciba su pedido de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un período de inscripción especial.
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros de Care Improvement Plus pueden ser elegibles para finalizar su afiliación en otro momento del año. Esto se denomina **período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para el período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted es elegible para finalizar su afiliación durante un período de inscripción especial. Éstos son sólo ejemplos. Si desea obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, si se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para recibir la Ayuda adicional con el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o cuidados a largo plazo en un hospital.
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.

- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar la cobertura de salud y la de medicamentos de venta con receta de Medicare. Esto significa que puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no lo haga).
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare independiente.
 - – *o*– Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare independiente.
 - **Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos de venta con receta:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya elegido no tener inscripciones automáticas.

Nota: Si anula su inscripción de un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura confiable para medicamentos de venta con receta, tal vez deba pagar una penalización por inscripción tardía si luego se une a un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura "confiable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Para más información sobre la inscripción tardía vea la Sección 9 del Capítulo 6.

- **¿Cuándo finaliza su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono están en la contraportada de esta guía).
- Puede encontrar la información correspondiente en el manual *Medicare y usted 2012*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *dicho manual* cada otoño. Aquellas personas que tienen Medicare por primera vez lo recibirán en el plazo de un mes posterior a la inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Usualmente, usted finaliza su afiliación inscribiéndose en otro plan.

Por lo general, para finalizar su afiliación a nuestro plan, usted simplemente debe inscribirse en otro plan de salud durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, debe cancelar su inscripción a nuestro plan. Hay dos maneras de pedir la cancelación:

- Puede hacer el pedido por escrito. (Póngase en contacto con Servicios para los Miembros si necesita más información).
- --o--Puede comunicarse con Medicare **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.

Nota: Si anula su inscripción de un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura confiable para medicamentos de venta con receta, tal vez deba pagar una penalización por inscripción tardía si luego se une a un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura "confiable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Para más información sobre la penalización por inscripción tardía vea la Sección 9 del Capítulo 6.

En la siguiente tabla se explica cómo debe finalizar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de Medicare. <p>Automáticamente se cancelará su inscripción a Care Improvement Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare independiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. <p>Automáticamente se cancelará su inscripción a Care Improvement Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare independiente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: Si anula su inscripción de un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura confiable para medicamentos de venta con receta, tal vez deba pagar una penalización por inscripción tardía si luego se une a un plan de medicamentos de Medicare. Para más información sobre la inscripción tardía vea la Sección 9 del Capítulo 6. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios para los Miembros si necesita más información (los números de teléfono están en la portada de esta guía). • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción a Care Improvement Plus cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que su afiliación finalice, debe seguir recibiendo los servicios médicos y los medicamentos por medio de nuestro plan.

Sección 4.1 Hasta que su afiliación finalice, seguirá siendo miembro de nuestro plan.
--

Si abandona Care Improvement Plus, es posible que deba pasar algún tiempo antes de que su afiliación finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante ese período, continuará recibiendo atención médica y medicamentos de venta con receta por medio de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para que le llenen sus recetas hasta que finalice su afiliación a nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos de venta con receta sólo están cubiertos si la farmacia que llenó la receta pertenece a nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de envío por correo.
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su afiliación, generalmente nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después del comienzo de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Care Improvement Plus debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones.

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan?

Care Improvement Plus debe finalizar su afiliación al plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- Si no permanece inscrito en forma continua en Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda y vive fuera de nuestra zona de servicios durante más seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje de muchos días, debe llamar a Servicios para los Miembros para averiguar si el sitio al que se muda o viaja pertenece a la zona de cobertura de nuestro plan.
- Si es sentenciado a prisión.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que le brindan cobertura de medicamentos de venta con receta.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si su comportamiento habitual es inadecuado y, por tanto, nos resulta difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
 - No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de afiliación al plan para recibir atención médica.

- Si finalizamos su afiliación por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 30 días.
 - Debemos notificar por escrito que tiene un plazo de 90 días para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su afiliación.
- Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad especial del plan, como se menciona en la Sección 2.1 del Capítulo 1.
 - Si no puede confirmar con su médico que tiene diabetes o una falla en el corazón, tendrá 60 días para confirmar su elegibilidad antes de que finalicemos su afiliación.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su afiliación:

- Puede llamar a **Servicios para los Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están en la portada de esta guía).

Sección 5.2	Usted tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su afiliación a nuestro plan.
--------------------	---

Si finalizamos su afiliación a nuestro plan, debemos comunicarle nuestros motivos por escrito. Además, debemos explicarle cómo puede efectuar una reclamación por nuestra decisión de finalizar su afiliación. También puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una reclamación.

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes.....	163
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	163

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Son muchas las leyes que rigen esta *Evidencia de cobertura*, y se pueden aplicar algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley más importante que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las disposiciones creadas conforme a la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos según la raza, la discapacidad, la religión, el sexo, la salud, el origen étnico, el credo, la edad o la nacionalidad de una persona. Todas las organizaciones que ofrecen los planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer 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 para Estadounidenses con Discapacidades, todas las demás leyes que se apliquen a las organizaciones que reciben financiación federal, y todas las otras leyes y reglas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un Centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no necesitan hospitalización, y que no se espera que permanezcan en el centro por más de 24 horas.

Período de inscripción anual: Un tiempo determinado cada otoño en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o su plan de medicamentos de venta con receta, o cambiar a Medicare Original. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre del 2011.

Apelación: Una apelación es lo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de negarle la solicitud de servicios de atención médica, medicamentos de venta con receta o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si nuestro plan no paga un medicamento, un artículo o un servicio que usted considera que debería poder recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Facturación de saldo: Una situación en la que el proveedor (como un doctor o un hospital) le cobra a un paciente más que el costo compartido de nuestro plan por un servicio. Como miembro de Care Improvement Plus, solo debe pagar el costo compartido de nuestro plan cuando recibe un servicio cubierto por nuestro plan. No permitimos que los proveedores les den una "facturación por saldo". Para más información sobre la facturación por saldo, vea la Sección 1.5 del Capítulo 4.

Período de beneficio: La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios del hospital o del centro de enfermería especializado (SNF). El período de beneficio comienza el día en el que usted acude a un hospital o a un centro de enfermería especializado. Dicho período finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si va a un hospital o centro de enfermería especializado después de que termine un período de beneficio, un período nuevo comienza. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Medicamento de marca: Un medicamento de venta con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y no suelen estar disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura para enfermedades graves: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajos por sus medicamentos después de que usted u otra persona calificada en su nombre hayan gastado \$4,700 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que dirige Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: Una cantidad que puede tener que pagar como parte del costo por los servicios o medicamentos de venta con receta. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Monto máximo de desembolso combinado: Este es el monto máximo que pagará en un año para todos los servicios de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos). Para más información sobre el monto máximo de desembolso combinado, vea la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Una institución que brinda principalmente servicios de rehabilitación posteriores a una enfermedad o lesión, y ofrece una variedad de servicios que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Copago: Una cantidad que puede tener que pagar como parte del costo por los servicios médicos o suministros, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o medicamentos de venta con receta. Generalmente, el copago es un monto fijo, no un porcentaje. Por ejemplo, puede tener que pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento de venta con receta.

Costo compartido: El costo compartido se refiere al monto que el miembro debe pagar al recibir medicamentos o servicios. Incluye cualquier combinación de estos tres tipos de pagos: (1) los montos de deducible que el plan establezca antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) los montos de “copago” fijo que un plan exija que se pague al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) los montos de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que un plan exige al recibir un medicamento o servicio específico.

Nivel de costos compartidos: Todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos cubiertos están en uno de los cuatro (4) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el importe que usted deberá abonar por el medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión acerca de si un medicamento recetado para usted está cubierto por el Plan y el monto, si lo hubiere, que debe pagar por dicho medicamento de venta con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y allí le informan que su plan no cubre la receta, dicha situación no se considera una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar que se tome una decisión formal en cuanto a la cobertura. Las determinaciones de cobertura son llamadas "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo pedir una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos de venta con receta que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos en esta Evidencia de cobertura para hacer referencia a todos los servicios y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

Cobertura confiable de medicamentos de venta con receta: La cobertura de los medicamentos de venta con receta (por ejemplo, de un empleador o una unión) que se prevé que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos de venta con receta estándar de Medicare. Las personas con este tipo de cobertura que más adelante deseen inscribirse en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, cuando son elegibles para recibir tales servicios de Medicare, pueden, por lo general, conservar esa cobertura sin pagar una penalización.

Cuidado asistencial: Es la atención que puede recibir de personas que no tienen destrezas ni capacitación profesional, como actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, levantarse de la cama o de una silla, caminar, utilizar el baño. También puede incluir los cuidados relacionados con la salud que la gente puede realizar por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: El monto que usted debe pagar por los servicios de atención médica o medicamentos de venta con receta que recibe antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Cancelación de la inscripción: El proceso por el que finaliza su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por su propia decisión).

Tarifa de expendio: Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar los gastos asociados a llenar una receta. La tarifa de expendio cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento de venta con receta.

Equipo médico duradero: Determinados equipos médicos recomendados por su médico para uso en el hogar. Entre ellos encontramos andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Emergencia: Una **emergencia** médica **ocurrida** cuando usted, o cualquier persona que tenga un conocimiento de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren una atención médica inmediata para

prevenir la muerte, la pérdida de un miembro, o el funcionamiento de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor fuerte, o una afección médica que empeore rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor autorizado para prestar servicios de emergencia y 2) necesarios para evaluar o estabilizar un afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre la divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y otra documentación adjunta, anexos u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, qué debemos hacer nosotros, cuáles son sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido al nivel de costo compartido preferido (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos de venta con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: Un medicamento de venta con receta cuyos ingredientes activos están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y, por tanto, se consideran iguales a los medicamentos de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca, pero suele costar menos.

Queja: Un tipo de reclamación que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o *de* las farmacias pertenecientes a nuestra red, como una reclamación con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no involucra conflictos sobre la cobertura o el pago.

Asistencia para la salud en el hogar: Un trabajador de asistencia para la salud en el hogar brinda servicios que no requieren de la capacidad de un enfermero o terapeuta autorizado, como la ayuda en la atención personal (por ejemplo: bañarse, utilizar el baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico). El trabajador de asistencia para la salud en el hogar no tiene licencia de enfermería ni brinda terapia.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: Es la etapa anterior a que el total de sus gastos por medicamentos hayan alcanzado los \$2,930, incluidos los montos que pagó y lo que nuestro plan ha pagado en su nombre.

Período de inscripción inicial: La primera vez que fue elegible para Medicare, el período de tiempo en el que puede anotarse para Medicare Parte B. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años, incluyendo el mes en el que cumple los 65 años, y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Desembolso máximo dentro de la red: El monto máximo que pagará para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red (preferidos). Una vez alcanzado este límite, no deberá pagar ningún monto cuando los reciba los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su límite de costo compartido combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando solicite la atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). Para más información sobre *el* monto máximo de desembolso dentro de la red vea la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Penalización por inscripción tardía: El monto agregado a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura confiable (cobertura que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos de venta con receta estándar de Medicare) durante un período

continuo de 63 días o más. Debe pagar este monto más alto mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta, las reglas de penalización por inscripción tardía no aplica. Si recibe Ayuda adicional, no paga por la penalización, incluso si no tiene cobertura "confiable" de medicamentos de venta con receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): Una lista de los medicamentos cubiertos provistos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos: Vea la "Ayuda adicional".

Medicaid (o Asistencia médica): Es un programa conjunto, federal y estatal que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos limitados con los costos de la atención médica. Los programas de Medicaid varían según el estado. Sin embargo, si reúne los requisitos necesarios tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicaciones médicas aceptadas: El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o apoyado por algunos libros de consulta. Para más información sobre las indicaciones médicas aceptadas, vea la Sección 4 del Capítulo 5.

Necesario por razones médicas: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas de buenas prácticas médicas.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, para algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente las que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas asociadas a Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de un plan de Medicare Advantage o Medicare Original.

Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage: Un período de tiempo fijo cada año cuando los miembros del plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción de su plan y cambiar a Medicare Original. El período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero del 2011.

Plan de Medicare Advantage (MA): Suele llamarse Medicare Parte C. Se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que establece un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un plan de HMO, un plan de PPO, un plan privado de pago por servicios (PFFS) o un plan de la cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en el plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan, y no se pagan a través de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos de venta con receta). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos de venta con receta**. Todas las personas que tengan Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier plan médico de Medicare que se ofrezca en su zona, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de Descuento de Intervalo de Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los inscritos de esta parte que hayan alcanzado la Etapa de intervalo en la cobertura y que no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, se ofrece un descuento en la mayoría de los medicamentos de marca, pero no en todos ellos.

Plan de salud de Medicare: Una compañía privada que tiene un contrato con Medicare ofrece un plan de salud de Medicare para proporcionar los beneficios Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en

el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, programas piloto/ de demostración y programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos de venta con receta, las vacunas, las sustancias biológicas y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de “Medigap” (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare que las compañías de seguros privadas venden para llenar los “intervalos” de Medicare Original. Las pólizas de Medigap sólo son válidas para Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de atención a miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la afiliación, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos de venta con receta. Las llamamos “farmacias de la red” debido a que tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos de venta con receta están cubiertos sólo si los obtiene en alguna de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, los profesionales de la atención médica, los hospitales y otras instituciones de atención médica autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tenga con ellos o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Determinación de organización: La organización Medicare Advantage crea una determinación de organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización son llamadas “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo pedir una decisión de cobertura.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): El Gobierno es quien ofrece Medicare Original, no un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos de venta con receta. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar los montos de los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia con la que nuestro plan no tiene un contrato para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor o institución fuera de la red: Un proveedor o una institución con quienes no hemos acordado la coordinación o la prestación de servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no opera, no administra ni a los que les da empleo, o que no tienen un

contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros. El uso de los proveedores o las instituciones fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de esta guía.

Costos de desembolso: Consulte la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro en el cual se le solicita pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costo de “desembolso” de un miembro.

Parte C: Consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El Programa voluntario de beneficios de medicamentos de venta con receta de Medicare. (Para facilitar la consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos de venta con receta como la Parte D).

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Es posible que en ocasiones no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D y en otras ocasiones sí. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente algunas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago especificado. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si se reciben de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente es mayor cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO incluyen un límite anual en sus costos de desembolso para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite superior para sus costos totales combinados de desembolso para los servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: Un pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica, por la cobertura de atención médica o de medicamentos de venta con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es un médico u otro proveedor al que acude por sus problemas médicos. El o ella se asegura de que reciba la atención que necesita para cuidar su salud. El o ella también pueden recurrir a otros proveedores de atención para discutir su cuidado y referirlos a ellos. En muchos planes de salud Medicare, debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de ver a otro proveedor de atención médica. Para más información sobre el proveedor de atención primaria, vea la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Autorización previa: Aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden o no figurar en nuestro formulario. En la parte correspondiente a la red de un plan de PPO, algunos de los servicios médicos de la red están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” por parte de nuestro plan. En dicho plan, no necesita una autorización previa para obtener los servicios que están fuera de la red. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa figuran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos sólo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa figuran en el formulario.

Organización de mejoras de calidad (QIO): Es un grupo de médicos que ejercen su profesión y otros expertos en atención médica financiados por el Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para más información sobre cómo contactar a la QIO de su estado, vea la Sección 4 del Capítulo 2.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración designada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden aplicar a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por período definido.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Zona de servicios: La zona geográfica donde un plan de salud acepta a miembros si limita la membresía de acuerdo al lugar de residencia. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar. También suele ser la zona en la que puede recibir servicios de rutina (no emergencia). Este plan puede cancelar su inscripción si se muda de la zona de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializado (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan continuamente, todos los días, en un centro de enfermería especializado. Ejemplos de un centro de enfermería especializado incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado cada otoño en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o su plan de medicamentos de venta con receta, o cambiar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: Si se muda fuera de la zona de servicio, si recibe "Ayuda adicional" con el costo de sus medicamentos de venta con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que ofrece una atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como por ejemplo personas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: Una herramienta para la utilización que le exige tomar otro medicamento primero para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó originalmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que la Administración del Seguro Social paga a las personas con recursos e ingresos limitados y que son discapacitadas, no videntes, o de 65 años de edad o más. Los beneficios SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Atención de urgencia: La atención de urgencia se provee para tratar una enfermedad, lesión o condición médica que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero la red de proveedores del plan se encuentra momentáneamente no disponible o inaccesible.



Servicios para los Miembros de Care Improvement Plus

TELÉFONO: 1-800-204-1002 (Las llamadas a este número son gratuitas)

Horario de atención: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

Además, el Departamento de Servicios para los Miembros ofrece servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711 (Las llamadas a este número son gratuitas)

Horario de atención: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

DIRECCIÓN: 351 West Camden Street, Suite 100, Baltimore, MD 21201

SITIO DE INTERNET: www.careimprovementplus.com

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de la *Evidencia de cobertura* para obtener la información de contacto.



CARE IMPROVEMENT PLUS

Plan de necesidades especiales para personas con enfermedades crónicas