**[2023 EOC model]**

*[Plans may modify the language in the EOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]*

*[Plans must revise references to “Medicaid” to use the state-specific name for the program throughout the EOC. If the state-specific name does not include the word “Medicaid,” plans should add “(Medicaid)” after the name.]*

*[PPO plans may modify the model as needed to describe the plan’s rules and benefits.] [Where the model uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” plans may revise and/or include references to long-term care (LTC) and/or home and community-based services as applicable.]*

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023**

**Evidencia de cobertura:**

**Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de *[insert 2023 plan name] [insert plan type]***

*[Plans: Revise this language to reflect that the organization is providing both Medicaid and Medicare covered benefits, when applicable.]*

*[****Optional:*** *insert member name]  
[****Optional:*** *insert member address]*

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica *[plans may add references to other services, long-term care, and/or home and community-based services as applicable]* y de medicamentos con receta de Medicare [*insert if applicable:*y Medicaid] desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al *[insert phone number]***. **(Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]***). **Los horarios son *[insert days and hours of operation]***.

Este plan, *[insert 2023 plan name],* es ofrecido por *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]* (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2023 plan name]*).

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold]*. *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio tapes) as applicable.]*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

*[Plans may insert any state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]*

*[Note: ensure this is placed on the first page of the document]*

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

* La prima del plan y el costo compartido.
* Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
* Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
* Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
* Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]*]

**Evidencia de Cobertura 2023**

**Índice**

[CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 6](#_Toc115292583)

[SECCIÓN 1 Introducción 7](#_Toc115292584)

[SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 9](#_Toc115292585)

[SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá 12](#_Toc115292586)

[SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *[insert 2023 plan name]* 14](#_Toc115292587)

[SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 19](#_Toc115292588)

[SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 21](#_Toc115292589)

[SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 22](#_Toc115292590)

[CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 24](#_Toc115292591)

[SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2023 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 25](#_Toc115292592)

[SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 29](#_Toc115292593)

[SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 31](#_Toc115292594)

[SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 32](#_Toc115292595)

[SECCIÓN 5 Seguro Social 33](#_Toc115292596)

[SECCIÓN 6 Medicaid 34](#_Toc115292597)

[SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 37](#_Toc115292598)

[SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 39](#_Toc115292599)

[SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 40](#_Toc115292600)

[SECCIÓN 10 Usted puede recibir asistencia de *[insert name]* 40](#_Toc115292601)

[CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos [insert if applicable:* y otros servicios cubiertos] 41](#_Toc115292602)

[SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica [*insert if applicable:* y otros servicios] como miembro de nuestro plan 42](#_Toc115292603)

[SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica [*insert if applicable:* y otros servicios] 44](#_Toc115292604)

[SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 47](#_Toc115292605)

[SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 50](#_Toc115292606)

[SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 51](#_Toc115292607)

[SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 53](#_Toc115292608)

[SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 55](#_Toc115292609)

[CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto [plans with cost sharing insert: y lo que le corresponde pagar])* 57](#_Toc115292610)

[SECCIÓN 1 Cómo comprender [*insert if plan has cost sharing:* los costos que paga de su bolsillo por] los servicios cubiertos 58](#_Toc115292611)

[SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto [*plans with cost sharing insert:* y cuánto le corresponde pagar] 63](#_Toc115292612)

[SECCIÓN 3 ¿Qué servicios se cubren por fuera de *[insert plan name]*? 114](#_Toc115292613)

[SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por [*insert as applicable:* el plan *O* Medicare *O* Medicaid]? 115](#_Toc115292614)

[CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 119](#_Toc115292615)

[SECCIÓN 1 Introducción 120](#_Toc115292616)

[SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan] 121](#_Toc115292617)

[SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 127](#_Toc115292618)

[SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 130](#_Toc115292619)

[SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 131](#_Toc115292620)

[SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 135](#_Toc115292621)

[SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 139](#_Toc115292622)

[SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta 140](#_Toc115292623)

[SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 141](#_Toc115292624)

[SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 143](#_Toc115292625)

[CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 146](#_Toc115292626)

[SECCIÓN 1 Introducción 147](#_Toc115292627)

[SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento 150](#_Toc115292628)

[SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 151](#_Toc115292629)

[SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]* 153](#_Toc115292630)

[SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 154](#_Toc115292631)

[SECCIÓN 6 Costos en la etapa del período sin cobertura 159](#_Toc115292632)

[SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga [*insert as applicable:* todo los *O* la mayor parte de los] costos de sus medicamentos 160](#_Toc115292633)

[SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales 161](#_Toc115292634)

[SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 161](#_Toc115292635)

[CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos [plans with cost sharing insert: la parte que nos corresponde de] una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 164](#_Toc115292636)

[SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 165](#_Toc115292637)

[SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 168](#_Toc115292638)

[SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 169](#_Toc115292639)

[CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 170](#_Toc115292640)

[SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan 171](#_Toc115292641)

[SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 177](#_Toc115292642)

[CAPÍTULO 9A: *Qué debe hacer si tiene un problema*  *o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 179](#_Toc115292643)

[SECCIÓN 1 Introducción 180](#_Toc115292644)

[SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 181](#_Toc115292645)

[SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 181](#_Toc115292646)

[SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 182](#_Toc115292647)

[SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 183](#_Toc115292648)

[SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 187](#_Toc115292649)

[SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 196](#_Toc115292650)

[SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 207](#_Toc115292651)

[SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 215](#_Toc115292652)

[SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 221](#_Toc115292653)

[SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 224](#_Toc115292654)

[SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 227](#_Toc115292655)

[CAPÍTULO 9B: *Qué debe hacer si tiene un problema*  *o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 228](#_Toc115292656)

[SECCIÓN 1 Introducción 229](#_Toc115292657)

[SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 229](#_Toc115292658)

[SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan 230](#_Toc115292659)

[SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 231](#_Toc115292660)

[SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 231](#_Toc115292661)

[SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 235](#_Toc115292662)

[SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 246](#_Toc115292663)

[SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 258](#_Toc115292664)

[SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 266](#_Toc115292665)

[SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 272](#_Toc115292666)

[SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 276](#_Toc115292667)

[CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 280](#_Toc115292668)

[SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan 281](#_Toc115292669)

[SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 281](#_Toc115292670)

[SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 285](#_Toc115292671)

[SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 286](#_Toc115292672)

[SECCIÓN 5 *[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 287](#_Toc115292673)

[CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 290](#_Toc115292674)

[SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 291](#_Toc115292675)

[SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 291](#_Toc115292676)

[SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 291](#_Toc115292677)

[CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 293](#_Toc115292678)

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either “A” or “B”, from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

## CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2023 plan name]*, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

*[Plans may revise this language to elaborate on the coordination between Medicare and Medicaid.]*

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

* **Medicare** es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
* **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare [*insert if applicable:* y Medicaid] a través de nuestro plan, *[insert 2023 plan name]*. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

*[Insert 2023 plan name]*  es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. *[Insert 2023 plan name]*  está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir la ayuda de Medicaid.

*[Plans should revise this section to better reflect the services and costs for members.]* Dado que usted recibe asistencia de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid [*insert as applicable:* también puede proporcionarle O también le proporciona] otros beneficios al cubrir servicios de atención médica *[Plans may add references to prescription drugs, long-term care and/or home and community-based services as applicable.]* que normalmente no están cubiertos por Medicare. [*Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert:* También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare.] [*Other plans insert:* También puede recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare.] *[Insert 2023 plan name]* ayudará a gestionar todos estos beneficios por usted, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

*[Insert 2023 plan name]* es administrado por una [*insert as applicable:* compañía privada *U* organización sin fines de lucro *O* entidad gubernamental]. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de *[insert state]* para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica, incluida la cobertura de medicamentos con receta de Medicare [*insert if applicable:* y Medicaid] *[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable].*

**La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) .

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

Este documento *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica *[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]* y medicamentos con receta de Medicare [*insert if applicable:* y Medicaid]. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos *[plans may add references to long-term care and/or home and community-based services as applicable]* y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de *[insert 2023 plan name]*.

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

#### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2023 plan name]* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en *[insert 2023 plan name]* entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2023 plan name]* después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

*[Plans may add language indicating that Medicaid approves their plan each year, if applicable.]* Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2023 plan name]* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:*

* Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
* Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999.] No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
* *-- y -- sea* ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
* *-- y --* Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

*[Plans may add language regarding other eligibility requirements, such as age and/or disabilities, if applicable.]* Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan debe ser [*insert as appropriate:* elegible tanto para Medicare como para Medicaid *O* elegible para Medicare y para los beneficios totales de Medicaid *O* elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid *OR* *[insert language as appropriate under terms of state contract]*].

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de *[Insert number 1-6. Plans may choose any length of time from one to six months for deeming continued eligibility, as long as they apply the criteria consistently across all members and fully inform members of the policy]* meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua considerado).

#### Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

*[Plans may revise this section to provide state-specific information.]* Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos [*insert if applicable:* y de atención a largo plazo] a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

*[Plans should include only those Medicare Savings Programs eligible for enrollment in their plan. Plans that limit enrollment to QMB+/SLMB+ may revise the QMB/SLMB bullets below to describe only QMB+/SLMB+.]* Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

* **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
* **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
* **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
* **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

#### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2023 plan name]*

*[Insert 2023 plan name]* está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, *[if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “generally” here, and add a sentence describing the continuation area]* debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* abajo *O* en un apéndice de esta *Evidencia de cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Use the county name only if approved for the entire county. For an approved partial county, use the county name plus the approved zip code(s). Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their service area.*

Nuestra área de servicio incluye los 50 estados  
Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: *[insert states]*.  
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en *[insert state]:* *[insert counties]*.  
Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en *[insert state]: [insert county],* solo los siguientes códigos postales *[insert zip codes]*.]

[*Optional information: multi-state plans may include the following two paragraphs:* Ofrecemos cobertura en[*insert as applicable:* varios *O* todos los]estados[*insert if applicable:* y territorios]*.* Sin embargo, puede haber diferencias de costos o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio]y a un estado [*insert if applicable:* o territorio] que todavía se encuentra en nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para los miembros para actualizar su información*. [National plans delete the rest of this paragraph]*

Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y averiguar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, se incluyen los números de teléfono de Medicaid.]

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

#### Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *[insert 2023 plan name]* si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

#### Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

*[Plans that use separate membership cards for health and drug coverage should edit the following section to reflect the use of multiple cards.]*

*[Plans may revise this language to reflect, when applicable, that the members will use the plan card exclusively or the plan card and a Medicaid card.]*

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

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card).]*

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de *[insert 2023 plan name]*, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

#### Sección 3.2 Directorio de proveedores

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to “Provider Directory” to use the actual name of the document throughout the model.]*

El *Directorio de* *proveedores* enumera los proveedores de nuestra red [*insert if applicable*: y los proveedores de equipo médico duradero]. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, [*insert if applicable*: proveedores de equipo médico duradero,] hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. *[Plans with sub-networks (e.g., limiting members to providers within their PCP’s sub-network) insert a brief explanation of the additional limitations of your sub-network structure.]* Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *[insert 2023 plan name]* autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

*[Plans with a Point-of-Service (POS) option must briefly describe the POS option here. The details of the POS should be addressed in Chapter 3.]*

[*Insert as applicable*: Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de proveedores* en el sobre con este folleto.] [*Insert as applicable*: Hemos incluido [*insert as applicable*: también] una copia de nuestro Directorio de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este documento.] [La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable*: y suministradores] está [*insert as applicable*: también] disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.]

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros.

#### Sección 3.3 Directorio de farmacias

*[Plans with combined provider and pharmacy directories may combine and edit the provider and pharmacy directory sections (including section titles) to describe the combined document. Plans should renumber sections as needed and revise references to the “Pharmacy Directory” to use the actual name of the document throughout the model.]*

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:* El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.]

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en *[insert URL].* *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *[insert 2023 plan name]*. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *[insert 2023 plan name]*.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. [*Insert if applicable:* La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos.] Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros.

### SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *[insert 2023 plan name]*

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

* Prima del plan (Sección 4.1)
* Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
* Prima de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)
* Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
* Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

*[Plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* Hay programas para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y el Programa estatal de asistencia farmacéutica. *OR* El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos.] La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca de [*insert as applicable:* estos programas *O* este programa]. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya* está *inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura*** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *O* **no aplica**] **en su caso**. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*Hemos [*insert as appropriate:* incluido *O* Le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare & You 2023* (*Medicare y Usted 2023*), la sección titulada “2023 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2023). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.1 Prima del plan

*[If applicable, plans should revise this section to indicate that the plan premium is paid on behalf of members (e.g., by “Extra Help”, Medicaid).]*

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para 2023, la prima mensual *[insert 2023 plan name]* es de *[insert monthly premium amount]*. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada región en la que prestamos servicios. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio. *OR* El monto de la prima mensual para *[insert 2023 plan name]* se menciona en *[describe attachment]*.] *[Plans may insert a list or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC.]*

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan *[insert 2023 plan name]*.

#### Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

*[Plans that do not have any members paying Medicare premiums or plans whose members must pay the full part B premium should modify this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid y también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de *[insert 2023 plan name]*, Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

**Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

#### Sección 4.3 Prima de beneficio opcional complementario

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información. *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*

*[Delete Chapter 1, Section 4.3 if your plan doesn't offer optional supplemental benefits. Renumber remaining sections as appropriate.]*

#### Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición puede incurrir en la LEP. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. “Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the quarterly portion of the sentence above.]* Cuando se inscribe por primera vez en *[insert 2023 plan name],* le informamos el monto de la multa. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.]

*[Plans with no plan premium, delete the first sentence in the paragraph above and continue with the remainder of the paragraph.]*

No **tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

* Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
* Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
* Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
  + **Nota:** cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
  + **Nota:** las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina el monto de la multa.** Esta es la manera en que funciona:

* En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
* Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. [*Insert EITHER:* Para 2023, el monto promedio de la prima es de $*[insert 2023 national base beneficiary premium]* *OR* Para 2022, el monto promedio de la prima fue de $*[insert 2022 national base beneficiary premium]*. Este monto puede cambiar para 2023.]
* Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $*[insert base beneficiary premium]*, que es igual a $*[insert amount]*. Esto se redondea a $*[insert amount]*. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

* Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
* Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
* Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

**Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.]

#### Sección 4.5 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1‑800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

### SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

#### Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly MA or enhanced/optional supplemental benefit premium should delete this section.]*

Existen *[insert number of payment options]* formas de pagar la prima del plan.

*[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

Opción 1: Pagar con cheque

*[Insert plan specifics regarding premium payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that members must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

Opción 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that members must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for members who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

*[Include the option below only if applicable. SSA only deducts plan premiums below $300.]*

Opción *[insert number]*: Hacer que la prima se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

**Cambiar la forma en que paga su prima.** Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, *[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar [*plans with a premium insert:* la prima del plan]

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

*[Plans that do not have a plan premium or a $0 premium may modify this section as needed.]*

El pago de [*Plans with a premium insert:* la prima del plan] vence en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. [*Plans with no premium insert:* Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, esa multa debe pagarse en nuestra oficina antes del *[insert day of the month].*]Si no hemos recibido su pago antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso informándole que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su [*plans with a premium insert:* prima] dentro de *[insert length of plan grace period]*.

Si tiene problemas para pagar [*plans with a premium insert:* su prima] a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden [*plans with a premium insert:* con la prima del plan].

Si cancelamos su membresía porque no pagó [*plans with a premium insert:* la prima del plan], Original Medicare brindará su cobertura médica. Siempre que reciba “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta, continuará teniendo la cobertura para medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para la cobertura de la Parte D.

[*Insert if applicable:* En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo [*plans with a premium insert:* las primas] que aún no haya pagado. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos debe. *AND/OR* En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.]]

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo); consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si sufrió una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la [*plans with a premium insert:* prima del plan] dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 11 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al *[insert phone number]* de *[insert hours of operation]*. Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

#### Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

[*Plans with no premium replace the previous paragraph with the following:* Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda. O que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. (Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año:

* Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
* Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.]

### SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from “membership record.”]*

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan [*insert as appropriate:* incluidos el proveedor de atención primaria/grupo médico/la Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA)].

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

* Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
* Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
* Si fue ingresado en un centro de cuidados.
* Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
* Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
* Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** nos está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros. *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

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

*[Plans may instruct members to also call their county’s income maintenance agency directly to report changes to the State program. If this instruction is included, insert contact information for the appropriate agency.]*

### SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

* Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  + Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  + Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

* Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
* Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
* Beneficios por neumoconiosis.
* Compensación laboral.

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

## CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2023 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de *[insert 2023 plan name]* . Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Servicios para los miembros: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[****Note****: If your plan uses the same contact information for the Part C and Part D issues indicated below, you may combine the appropriate sections and revise the section titles and paragraphs as needed.]*

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

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

*[If the plan has different phone numbers for coverage decisions and appeals or for medical care and prescription drugs, plan should duplicate the chart as necessary, labeling appropriately.]*

| Método | Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número songratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address] [****Note****: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

*[If plan has different numbers for complaints regarding providers and pharmacies, duplicate the chart below to account for the different numbers.]*

| Método | Quejas sobre la atención médica: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address] [****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre *[insert 2023 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). |

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo] el costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits. Plans adding this language should include reference to the plan’s Member Services phone number.]*

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos* [*insert if plan has cost sharing: our share of*] *una factura que haya recibido por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

*[Plans with different addresses and/or numbers for Part C and Part D claims may modify the table below or add a second table as needed.]*

| Método | Solicitudes de pago: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional: Insert fax number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

| Método | Medicare: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [www.medicare.gov](http://medicare.gov)  Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare.Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas:   * **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. * **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor estimativo de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. |
| **SITIO WEB (continuación)** | También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *[insert 2023 plan name]*:   * **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *[insert 2023 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia sobre seguro médico en cada estado en el que atendemos.] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el SHIP se denomina *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

| MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS: |
| --- |
| Visite [*www.medicare.gov*](http://www.medicare.gov).  Haga clic en "**Hablar con alguien**" en el medio de la página de inicio.  Ahora tiene las siguientes opciones  Opción 1: Puede tener un **chat en directo con un representante de 1-800-MEDICARE**  Opción 2: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado. |

| Método | *[Insert state-specific SHIP nam*e*]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Quality Improvement Organization”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area.]*

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de las Organizaciones para la mejora de la calidad en cada estado en el que atendemos.] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Para *[insert state]*, la Organización para la mejora de la calidad se denomina *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente.   
No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con *[insert state-specific QIO name]*:

* Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
* Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
* Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (Organización para la mejora de la calidad de *[insert state name]*)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

| Método | Seguro Social: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.  Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| **SITIO WEB** | [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) |

### SECCIÓN 6 Medicaid

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area.]*

*[Plans must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]*

*[Plans should modify this section to include additional language explaining that members are dually enrolled with both Medicare and Medicaid.]*

*[Organizations that offer both D-SNP products and Medicaid managed care plans may describe the Medicaid managed care program under which the organization contracts with the state Medicaid agency and should also describe their specific benefits.]*

*[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]*

*[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers and days and hours of operation, for Medicaid program assistance, e.g., the telephone number for the state Ombudsman.]*

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

*[Plans should include and describe below only those Medicare Savings Programs eligible for enrollment in their plan.]*

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*. *[If applicable, plans may also inform members within this section that they can get information about Medicaid from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]*

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (Programa Medicaid de *[insert state name]*)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

El *[insert state-specific name for ombudsman program]* ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

| Método | *[Insert state-specific ombudsman program name]*: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

El *[insert state-specific name for LTC ombudsman program]* ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

| Método | *[Insert state-specific long-term care (LTC) ombudsmen program name]*: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the LTC ombudsman program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

[*Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:* Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

* Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877‑486-2048 (solicitudes) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
* Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
* A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al monto de costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

* *[****Note****: Insert plan’s process for allowing members to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta.]

[*Other plans should use this language:* La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y ya están recibiendo la “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta.]

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

*[Plans without an SPAP in their state(s) or in states where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals, should delete this section.]*

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** **¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *[insert State-specific ADAP information]*. **Nota:** para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al *[insert State-specific ADAP contact information].*

Programas estatales de asistencia farmacéutica

*[Plans without an SPAP in their state(s) or in states where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals, should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area.]*

*[Plans may, as appropriate, include additional telephone numbers for Medicaid program assistance, e.g., the telephone number for the state Ombudsman.]*

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia farmacéutica en cada estado en el que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state name]*, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es *[insert state-specific SPAP name]*.

| Método | *[Insert state-specific SPAP name]* [*If the SPAP’s name does not include the name of the state, add:* (Programa estatal de asistencia farmacéutica de *[insert state name]*)]: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 8 Cómo puede 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 integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

| Método | Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.  Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

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

*[Plans may, as appropriate, delete this section since members covered under employer groups are not eligible to participate in dual eligible SNPs in some states.]*

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

### SECCIÓN 10 Usted puede recibir asistencia de *[insert name]*

*[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county resource centers or Area Agencies on Aging, editing the section title as necessary.]*

## CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos [insert if applicable: y otros servicios cubiertos]*

### SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica [*insert if applicable:* y otros servicios] como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta [*insert if applicable:* y otros servicios cubiertos]. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica [*insert as applicable:* cubre *O* y otros servicios cubre] nuestro plan [*insert if plan has cost sharing:* y cuánto paga usted del costo de dicha atención], utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto* [*insert if plan has cost sharing: and what you pay*]).

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

* Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
* Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos [*insert if plan has cost sharing:* y el monto de su costo compartido] como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted [*insert applicable:* no paga nada *o* paga solo la parte que le corresponde del costo *o* no paga nada o solo la parte que le corresponde del costo] por los servicios cubiertos.
* Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

#### Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta [*insert if applicable:* y otros servicios] por su plan

Como plan de salud de Medicare [*insert if applicable:* y Medicaid], *[insert 2023 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare [*insert if applicable:* y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre por Original Medicare *[reference appropriate section.]*].

*[Insert 2023 plan name]* cubrirá, por lo general, la atención médica, siempre y cuando:

* **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
* **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
* *[Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary.]* **Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  + En la mayoría de los casos, [*insert as applicable:* su PCP de la red *O* nuestro plan] deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  + Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
* *[Plans with a POS option may edit the network provider bullets as necessary.]* **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
  + El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  + Si necesita recibir atención médica que Medicare [*insert if applicable:* o Medicaid] exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. *[Plans may specify if authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.]* En este caso, cubriremos estos servicios [*insert as applicable:* como si recibiera la atención de un proveedor de la red *OR* sin costo para usted]. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  + El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

### SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica [*insert if applicable:* y otros servicios]

#### Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

*[****Note****: Insert this section only if plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of PCP.]*

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

*[Plans should describe the following in the context of their plans:*

* *What is a PCP?*
* *What types of providers may act as a PCP?*
* *Explain the role of a PCP in your plan.*
* *What is the role of the PCP in coordinating covered services?*
* *What is the role of the PCP in making decisions about or obtaining prior authorization (PA), if applicable?]*

¿Cómo elige al PCP?

*[Plans should describe how to choose a PCP.]*

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un PCP nuevo. *[Explain if the member changes their PCP this may result in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers (i.e., sub-network, referral circles). Also noted in Section 2.3 below.]*

*[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of request, etc.).]*

*[Plans that are obligated under state Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves a plan, may discuss that benefit here.]*

#### Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica [*insert if applicable:* y otros servicios] puede recibir sin una remisión de su PCP?

*[****Note****: Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]*

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

* Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos [*insert if applicable:* siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red].
* Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, [*insert if applicable:* vacunas contra la hepatitis B y la neumonía] [*insert if appropriate:* siempre y cuando se las administre un proveedor de la red].
* Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
* Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
* Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio).
* *[Plans should add additional bullets as appropriate.]*

#### Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

* Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
* Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
* Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:*

* *What is the role (if any) of the PCP in referring members to specialists and other providers?*
* *Include an explanation of the process for obtaining PA, including who makes the PA decision (e.g., the plan, PCP, another entity) and who is responsible for obtaining the PA (e.g., PCP, member). Refer members to Chapter 4, Section 2.1 for information about which services require PA.*
* *Explain if the selection of a PCP results in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers, i.e. sub-network, referral circles.]*

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

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

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
* Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
* Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. *[Plans should indicate if prior authorization is needed.]*
* Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

*[Plans with a POS option: Describe POS option here. Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers and what restrictions apply. General information (no specific dollar amounts) about cost sharing applicable to the use of out-of-network providers in HMO/POS plans should be inserted here, with reference to the benefits chart where detailed information can be found.]*

*[Plans without a POS option: Tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Describe the process for obtaining authorization, including who is responsible for obtaining authorization.] [****Note:*** *members are entitled to receive services from out-of-network providers for emergency or urgently needed services. In addition, plans must cover dialysis services for ESRD members who have traveled outside the plans service area and are not able to access contracted ESRD providers.]*

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

#### Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **“emergencia médica”** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

* **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage]*.
* [*Plans add if applicable:* **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. *[Plans must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card).]*]

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

*[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the State Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]*

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]* Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

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

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

*[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

*[Plans that cover urgently needed services outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the State Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]*

[*Insert if applicable:* *Plans without world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia, ni ningún otro servicio para la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.]

[*Insert if applicable:* *Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* Nuestro plan cubre servicios de [*Insert as applicable*: atención de emergencia y urgencia O atención de emergencia O atención de urgencia] en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias *[insert details.]*]

#### Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: *[insert website]* para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre*.*

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

#### Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos [*plans with cost sharing insert:* la parte que nos corresponde del costo] de los servicios cubiertos

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits.]*

[*Insert as applicable:* Si pagó por sus servicios cubiertos *O* Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos], o si recibió una factura por [*plans with cost sharing insert:* el costo total de] los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos* [*plans with cost sharing insert*: *la parte que nos corresponde de*] *una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

#### Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits.]*

*[Plans should revise this section as necessary to instruct members that before paying for the cost of the service, members should check with the plan if the service is covered by Medicaid.]*

*[Insert 2023 plan name]* cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre o servicios obtenidos fuera de la red y que no se autorizaron, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum.]*

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

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

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing coverage and payment for clinical research studies.]*

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

*[For plans that offer their own studies insert the paragraph:* Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. En el caso de estos estudios, tendremos que aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica también es voluntaria.]

Si participa en un estudio que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan] *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

#### Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing coverage and payment for clinical research studies.]*

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

* Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

[*Zero cost-share plans, replace the rest of this paragraph and the example below with:* Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.] Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente**:

* Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
* Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

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

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

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

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]*

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

#### Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

*[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]*

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

* La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
* La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

* La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
* La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
* Si obtiene servicios de esta institución en un centro, [*insert as applicable:* se aplican las siguientes condiciones *O* se aplica la siguiente condición]:
  + Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  + *[Omit this bullet if not applicable.] – Y –* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

*[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]*

### SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

#### Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

*[Plans that allow transfer of ownership of certain DME items to members must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME. If applicable, plans should also explain Medicaid coverage of DME and the coordination, if any, with plan coverage of DME.]*

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *[insert 2023 plan name]* [*insert if the plan sometimes allows ownership:* generalmente] no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. [*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*: En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.]

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. [*If your plan allows ownership insert:* Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo] [*Plans who wish to honor former payments should state so*]*.*

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, *[insert 2023 plan name]* cubrirá lo siguiente:

* Alquiler de equipo de oxígeno
* Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
* Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de *[insert 2023 plan name]* o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

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

## CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto [plans with cost sharing insert: y lo que le corresponde pagar])*

*[Plans may add a discussion to this chapter if their organization provides or arranges for benefits under Medicaid.]*

### SECCIÓN 1 Cómo comprender [*insert if plan has cost sharing:* los costos que paga de su bolsillo por] los servicios cubiertos

En este capítulo se proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos [*insert if plan has cost sharing:* y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto] como miembro de *[insert 2023 plan name]*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También se detallan los límites para ciertos servicios.] *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda.]*

#### Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

*[Describe all applicable types of cost sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable. Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing should explain the differences in cost-sharing responsibility, clearly indicating that for those members who receive Medicare cost-sharing assistance under Medicaid pay nothing, or the Medicaid copay, if applicable, for their covered services as long as they follow the plan’s rules for getting their care because they receive assistance from Medicaid with Medicare Part A and B cost sharing.]*

[*Plans with no cost sharing, revise section heading to “You pay nothing for your covered services” and replace section with the following:* Dado que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de los planes para obtener su atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3).]

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

* El“**deducible**” es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan).] [*Insert if applicable:* (La Sección 1.3 brinda más información acerca de sus deducibles para ciertas categorías de servicios).]
* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
* El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

#### Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

*[Plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1.][POS plans with a deductible that applies only to POS services: modify this section as needed.]*

Su deducible es de *[insert deductible amount]*. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto del coseguro) *OR* (su copago o el monto del coseguro)] durante el resto del año calendario.

*[Plans may revise the paragraph to describe the services that are subject to the deductible.]* El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

* *[Insert services not subject to the deductible. Plans must include the $0.00 Medicare preventative services, emergency services and urgently needed services.]*

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert*: Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted no tiene deducible.]

#### Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible.]*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per stay deductible – should revise this section as needed.]*

[*Insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* Además del deducible del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.]

[*Insert if plan does not have an overall deductible and Section 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible para determinados tipos de servicios.]

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene un monto del deducible para ciertos servicios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará su parte. [*Insert if applicable:* El deducible del plan y el deducible para *[insert service category]* se aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que cumple con el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de su *[insert service category]* cubierto.]] La Tabla de beneficios en la Sección 2 muestra los deducibles de las categorías de servicios.

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si eselegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted no tiene deducible.]

#### Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B de Medicare]?

*[POS plans may revise this information as needed to describe the plan’s MOOP(s).]*

**Nota:** dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.]

Dado que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que debe pagar de su bolsillo cada año por losservicios médicos que están cubiertos [*insert as applicable:*: de la Parte A y la Parte B de Medicare *O* por nuestro plan]. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023 este monto es de *[insert MOOP].*

Los montos que usted paga por [*insert applicable terms:* los deducibles, los copagos y el coseguro] por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]* Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.] Si llega al monto máximo que paga de su bolsillode *[insert MOOP]*, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]. Sin embargo, debe seguir pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

[*Plans with service category OOP maximums: insert this section:*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per stay maximum – should revise this section as needed.]*

[Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] (consulte la Sección 1.4 más arriba), también tenemos un monto máximo que paga de su bolsillo separado que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.]]

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez que haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted por el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* El monto máximo que paga de su bolsillo para *[insert as applicable:* los servicios médicos de la Parte A y la Parte B *OR* todos los servicios médicos cubiertos] y el monto máximo que paga de su bolsillo por *[insert service category]* se aplican a su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que haya pagado *[insert MOOP]* por[*insert as applicable:* los servicios médicos de la Parte A y la Parte B O todos los servicios médicos cubiertos] *o* *[insert service category OOP max]* por su *[insert service category]*, el plan cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno para usted durante el resto del año.] La Tabla de beneficios de la Sección 2 muestra los máximos que paga de su bolsillo por la categoría de servicio.]

#### Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

*[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll full-benefit dual eligible individuals who do not pay Parts A and B service cost sharing delete section.]*

Como miembro de *[insert 2023 plan name]*, una protección importante para usted es que [*plans with a plan-level deductible insert:* , después de que alcanza los deducibles,] solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

* Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
* Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
  + Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  + Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
  + Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
* Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros.

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para los miembros.]

### SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto [*plans with cost sharing insert:* y cuánto le corresponde pagar]

#### Sección 2.1 Sus beneficios *[plans may add references to long-term care or home and community-based services or other Medicaid-only]* [*plans with cost sharing insert:* y costos] médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que *[insert 2023 plan name]* cubre [*plans with cost sharing insert:* y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio]. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

* Los servicios que cubre Medicare [*insert if plan is describing Medicaid services in chart:* y Medicaid] deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare [*insert if plan is describing Medicaid services in chart:* y Medicaid].
* Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
* [*Insert if applicable:* Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.]
* [*Insert if applicable:* Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención. *[Plans that do not require referrals may omit the rest of this bullet]* En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”.
* [*Insert if applicable:* Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos [*Insert as appropriate:* con un asterisco *O* con una nota al pie *O* en negrita *O* en cursiva] [*Insert if applicable:* Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa: *[insert list]*.]
* [*Insert as applicable:*Es posible que también le cobremos “cargos administrativos” por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.]

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

* Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidos *[plans may add references to the specific types of cost sharing Medicaid pays for].* Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como *[plans may add references to long-term care, over-the-counter drugs, home and community-based services, or other Medicaid-only services]*.
* Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare.(Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You 2023 [Medicare y Usted 2023]). También puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
* Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida para la afección existente.]
* Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
* *[FIDE SNPs and HIDE SNPs should provide a description of how they integrate Medicare and Medicaid benefits for the member and how the benefits chart reflects those integrated benefits as well as impacts on cost sharing.]*
* Si se encuentra dentro del período de *[Insert number 1-6. Plans may choose any length of time from one to six months for deeming continued eligibility, as long as they apply the criteria consistently across all members and fully inform members of the policy]* meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, *[Plans should specify policy regarding coverage of Medicaid benefits during the period of deemed continued eligibility, as defined in the State Medicaid Agency Contract. For example, “we will not continue to cover Medicaid benefits that are included under the applicable Medicaid State Plan, nor will we pay the Medicare premiums or cost sharing for which the state would otherwise be liable had you not lost your Medicaid eligibility*. *The amount you pay for Medicare covered services may increase during this period.”]*

[*Plans that do not have cost sharing should insert:* No paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.]

[*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* **Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.**]

*[Instructions to plans offering MA Uniformity Flexibility benefits:*

* *Plans must deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits* o información en sintonía con su diferente estrategia para comunicar información sobre los Beneficios de flexibilidad de uniformidad de Medicare Advantage (MA) *so that such enrollees are notified of the MA Uniformity Flexibility benefits for which they are eligible.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered.*

*[Instructions to plans offering Value-Based Insurance Design (VBID) Model benefits:*

* *Plans may deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.*
* *If applicable, plans with VBID should mention reduced cost sharing for their MA benefits, as well as that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Plans with VBID may include the reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section 2.1.]*

[*Insert if offering VBID Model benefits:*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con cualquier afección crónica

* Si un proveedor del plan le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas mencionadas a continuación y usted cumple determinados criterios médicos, puede ser elegible para otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido:
  + *[List all applicable chronic conditions here.]*
  + *[As applicable, plans offering benefits under VBID that require participation in a health and wellness program or to see a high-value provider, include those limitations and then direct the enrollee that they will be provided additional information with how to take advantage of these additional supplemental benefits. (See CY 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]*
* Para obtener más detalles, observe la fila “Ayuda con determinadas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios médicos a continuación.]

[*Insert if offering VBID benefits:*

[*Plans participating in VBID should use this section to describe the plans strategy for advance care planning and any other wellness and health care planning (WHP) services that are being offered:*

Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas que participan en servicios de bienestar y planificación de la atención médica (WHP)

* Dado que *[insert 2023 plan name]* participa en [*insert VBID program name],* ], usted será elegible para recibir los siguientes servicios de bienestar y planificación de la atención médica (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención (Advance Care Planning, ACP):
  + *[Include a summary of WHP services that are to reach all VBID plan enrollees in CY 2023. The description must include language that WHP and ACP are voluntary and enrollees are free to decline the offers of WHP and ACP.]*
  + *[Include information on how and when the enrollee would be able to access WHP services.]*

*[Instructions to plans offering WHP benefits:*

* *In addition to offering advance care planning as a covered benefit, plans participating in the VBID Model may deliver to each VBID PBP enrollee a written summary of WHP benefits so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for a written summary when offering WHP benefits (See CY 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans should mention that enrollees may qualify for cost-sharing or co-payment reductions].*

[*Insert if offering VBID flexibility benefits and targeted supplemental benefits to Low Income Subsidy (LIS) enrollees, as defined in the Plan Communication User Guide (PCUG):*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas que reúnen los requisitos para recibir “Ayuda adicional”:

* Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.
* Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.

*[Instructions to plans offering VBID benefits for LIS Targeted Enrollees:*

* *Plans may deliver to each LIS-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering such a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *Plans who choose to reduce cost sharing for an item or service, including Part D drugs covered by MA-PD plan through member participation in a plan-sponsored disease management or similar program, must include a summary of the additional supplemental benefits they would receive as well as the activities and/or programs the member must complete in order to receive the benefit.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.*
* *If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section 2.1*

*[Insert only if offering VBID mandatory supplemental benefit flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices:*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas en un plan VBID elegibles para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA

* Dado que *[insert 2023 plan name]* participa en [*insert VBID program name],* usted podría ser elegible para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA):
  + *[Include a description of the new and existing technologies or FDA approved medical devices specifying eligibility for the benefit and associated cost sharing as an enrollee in the VBID plan in 2023. The description must include language that enrollees are free to decline the benefit and how they would notify the plan of declining this supplemental benefit.]*

*[Instructions to plans offering Coverage of New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices as a mandatory supplemental benefit:*

* *Plans may deliver to each VBID PBP’s enrollee a written summary of coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices (See CY 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]*

*[Insert if offering Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill: Important Benefit Information for Enrollees with Chronic Conditions*

* Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
  + *[List all applicable chronic conditions here.]*
  + *[Include information regarding the process and/or criteria for determining eligibility for special supplemental benefits for the chronically ill]*
* Para obtener más detalles, observe la fila “Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
* Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

*[Instructions on completing benefits chart:*

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized ANOC and EOC.*
* *If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2022 Medicare amounts and must insert: “These are 2022 cost-sharing amounts and may change for 2023. [Insert plan name] will provide updated rates as soon as they are released.” Member cost-sharing amounts may not be left blank.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefit.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; optional supplemental benefits may be described within Section 2.2.*
* *Plans with out of network services must clearly indicate for each service, both the in network and out of network cost sharing.*
* *Plans that have tiered cost sharing of medical benefits based on contracted providers should clearly indicate for each service the cost sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the special characters and/or footnotes indicating such in the provider directory (when one reads the provider directory, it is clear what the special character and/or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *Plans with a POS benefit may include POS information within the benefits chart, or may include a section following the chart listing POS-eligible benefits and cost sharing.*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA (plans may use asterisks or similar method).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. FIDE SNPs and HIDE SNPs may add Medicaid-only benefits they cover to the benefits chart. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a member’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Section 3.1 as appropriate.*
* *Plans may modify the language, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population. SNPs must, at a minimum, include the Medicaid benefits provided by the plan and must distinguish Medicaid coverage from Medicare coverage for benefits covered by both programs or by Medicaid only. FIDE SNPs and HIDE SNPs may add Medicaid-only benefits to the benefits chart along with the Medicare benefits (rather than in a separate section). We encourage plans choosing this option to work with the state Medicaid agencies with which they contract to develop integrated benefits language as appropriate. Alternatively, plans may add a new section to the chart to describe Medicaid benefits. Plans that do not include a complete list of Medicaid benefits within the chart should refer readers to the Summary of Medicaid-Covered Benefits in the Summary of Benefits. Plans must include a complete list of Medicaid benefits if the Summary of Benefits does not include the required comprehensive written statement. Plans may also state that members should contact their Medicaid Agency to determine their level of cost sharing.*
* *Plans must make it clear for members (in the sections where member cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and / or on the date of discharge.]*
* *[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing should clearly note the different cost-sharing amounts applicable to each group of members in the Benefits Chart, either within the “What you must pay when you get these services chart” or by adding a column to differentiate the cost-sharing amounts for each group of members.]*

Tabla de beneficios médicos

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios | |
| --- | --- | --- |
| Manzana Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal  Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. | |
| Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:  Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:  A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:   * Dura 12 semanas o más. * No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). * No está relacionado con una cirugía. * No está relacionado con un embarazo.   Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.  El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.  Requisitos del proveedor:  Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.  Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:   * un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y * una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.   El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible.]* | |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el cuidado solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y si están autorizados por el plan. * El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost sharing applies one-way or for round trips.]* | |
| Manzana Consulta anual de bienestar  Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.  **Nota:** su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar. | |
| Manzana Medición de la masa ósea  Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. | |
| Manzana Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. * Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. * Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. | |
| Servicios de rehabilitación cardíaca  Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una [*insert as appropriate:* remisión *U* orden] del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)  Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. | |
| Manzana Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares  Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado  de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años  (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. | |
| Manzana Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. * Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. | |
| Servicios de quiropráctica  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* Solo cubrimos la] manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Prueba de detección de cáncer colorrectal  Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:   * Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.   Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:   * Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). * Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT).   Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.  Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:   * Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.   Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:   * Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.  *[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema.]* | |
| *[Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead.]*  Servicios odontológicos  En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Prueba de detección de depresión  Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión. | |
| Manzana Prueba de detección de diabetes  Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.  Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada  12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. | |
| Manzana Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included.]* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. * Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. * La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados  (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).  Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.] [*Insert as applicable*: Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de DME en el sobre con este documento. La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web *[insert URL]*.]  *Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Con este documento de *Evidence of Coverage*, le enviamos la lista de DME de *[insert 2023 plan name]*. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. [*Insert as applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de DME en el sobre con este documento.] Esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.  Por lo general, *[insert 2023 plan name]* cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de *[insert 2023 plan name]* y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). | *[List copays / coinsurance / deductible]*  Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno  es *[Insert copay amount or coinsurance percentage]*, cada *[Insert required frequency of payment]*.  *[Plans that use a constant cost-sharing structure for oxygen equipment insert]* Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.  *[Plans that wish to vary cost sharing for oxygen equipment after 36 months insert details including whether original cost sharing resumes after 5 years and you are still in the plan.] [If cost sharing is different for members who made 36 months of rental payments prior to joining the plan insert:]*  Si antes de inscribirse en *[insert 2023 plan name]* pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en *[insert 2023 plan name]* es *[Plans should insert cost sharing]*. | |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints).*).] |  | |
| Atención de emergencia  La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:   * Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. * Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.   Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.  Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.  *[Also identify whether this coverage is only covered within the U.S. as required or whether emergency care is also available as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays /coinsurance. If applicable, explain that cost sharing is waived if member admitted to hospital.]*  Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, [*Insert one or both:*debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención *O* debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido[*Insert if applicable:* más alto]que pagaría en un hospital dentro de la red.] | |
| Manzana Programas educativos sobre salud y bienestar  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios auditivos  Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *O* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Ayuda con determinadas afecciones crónicas  *[If the enrollee has been diagnosed by a plan provider with the certain chronic condition(s) identified and meets certain criteria, they may be eligible for other targeted supplemental benefits and/or targeted reduced cost sharing. The certain chronic conditions must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this entire row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Prueba de detección de VIH  Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:   * Una prueba de detección cada 12 meses.   Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:   * Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. | |
| Agencia de atención médica a domicilio  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Servicios médicos y sociales. * Equipos y suministros médicos. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Tratamiento de infusión en el hogar  El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. * La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. * Supervisión remota. * Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Atención en un hospicio  Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. * Atención de alivio a corto plazo. * Atención a domicilio.   Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. | Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por *[insert 2023 plan name]*.  *[Include information about cost sharing for hospice consultation services if applicable.]* | |
| Atención en un hospicio (continuación)  Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).   Para los servicios cubiertos por *[insert 2023 plan name]* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *[insert 2023 plan name]* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.  Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de estar en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5(*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*).  **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.] |  | |
| Manzana Inmunizaciones  Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:   * Vacuna contra la neumonía. * Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. * Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. * Vacuna contra la COVID-19. * Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.   También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID‑19. | |
| Atención hospitalaria para pacientes internados  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.  *[List days covered and any restrictions that apply.]* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). * Comidas, incluidas dietas especiales. * Servicios de enfermería permanentes. * Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). * Medicamentos. * Análisis de laboratorio. * Radiografías y otros servicios radiológicos. * Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. * Uso de aparatos, como sillas de ruedas. * Costos de la sala de operaciones y de recuperación. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. * Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido. *[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period.]*] | |
| Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)   * En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. [*Plans with a provider network insert:* Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare.Si *[insert 2023 plan name]* brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.] *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Servicios médicos.   **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. | [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:* Por cada hospitalización, se cobra un deducible u otro costo compartido.]  *[If inpatient cost sharing varies based on hospital tier, enter that cost sharing in the data entry fields.]*  Si recibe atención [*insert if applicable:* autorizada] para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido [*insert if applicable:* más alto] que pagaría en un hospital de la red. | |
| Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |  | |
| Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización *[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.]* | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido*. [In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period.]*]  [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here* *when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include as applicable:* Por cada hospitalización, se cobra un deducible u otro costo compartido.] | |
| Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or SNF coverage may modify or delete this row as appropriate.]*  Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios médicos. * Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). * Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. * Vendajes quirúrgicos. * Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. * Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. * Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Terapia médica nutricional  Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una [*insert as appropriate:* remisión *U* orden] del médico.  Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la [*insert as appropriate:* remisión *U* orden] de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la [*insert as appropriate:* remisión *U* orden] todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. | |
| Manzana Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)  Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.  El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. | |
| Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare  *[MA plans that will be or expect to use Part B step therapy should include the Part B drug categories below that may or will be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes need to be added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 42.111(d)]* | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[Indicate whether drugs may be subject to step therapy]* | |
| Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)  La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:   * Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. * Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. * Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. * Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. * Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. * Antígenos. * Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. * Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (por ejemplo, Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp o Darbepoetin Alfa). * Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.   [*insert if applicable:* Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: *insert link*] |  | |
| Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)  También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.  El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. |  | |
| Manzana Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua  Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. | |
| Servicios del programa de tratamiento para opioides  Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:   * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). * Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). * Asesoramiento sobre consumo de sustancias. * Terapia individual y grupal. * Pruebas toxicológicas. * Actividades de admisión. * Evaluaciones periódicas.   *[Plans can include other covered items and services as appropriate (not to include meals and transportation).]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Radiografías. * Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. * Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. * Análisis de laboratorio. * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos *[Plans can include other covered tests as appropriate.]*. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Observación hospitalaria para pacientes externos  Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.  Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.  **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios hospitalarios para pacientes externos  Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. * Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. * Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. * Suministros médicos como entablillados y yesos. * Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.   **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Atención de salud mental para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:  Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.  Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios  **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios de hospitalización parcial  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.  [*Network plans that do not have an in-network community mental health center may add:* **Nota**: debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.] | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. * Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. * Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su [*insert as applicable:* PCP *O* especialista], si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. * [*Insert if providing any MA additional telehealth benefits consistent with 42 CFR § 422.135 in the plan’s CMS-approved Plan Benefit Package submission:* Determinados servicios de telesalud, incluidos: *[insert general description of covered MA additional telehealth benefits, i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate to furnish through electronic exchange when the provider is not in the same location as the enrollee. Plans may wish to refer enrollees to their medical coverage policy here.]*   + Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. *[Modify as necessary if plan benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.]*   + *[List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an MA additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.]]* | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[If applicable, indicate whether there are different cost-sharing amounts for Part B service(s) furnished through an in-person visit and those furnished through electronic exchange as MA additional telehealth benefits.]* | |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)  [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act*: Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.]   * Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. * Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. * Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. * Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:   + Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.   + Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.   + Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. * Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente * Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si:**   + No es un paciente nuevo **y**   + El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**   + El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. |  | |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)   * Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**:   + No es un paciente nuevo **y**   + La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**   + La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. * Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. * Segunda opinión [*Insert if appropriate:* por otro proveedor de la red] antes de la cirugía. * Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).   *[Also list any additional benefits offered.]* |  | |
| Servicios de podiatría  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). * Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Pruebas de detección de cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:   * Tacto rectal. * Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).   *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. | |
| Dispositivos protésicos y suministros relacionados  Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección). | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen [*insert as appropriate:* una remisión *O* una orden] del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol  Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.  Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. | |
| Manzana Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)  Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.  **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.  *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT*: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. | | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. | |
| Manzana Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas  Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.  También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. | |
| Servicios para tratar enfermedades renales  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. * Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). * Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). * Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). * Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. * Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).   Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)  (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). * Comidas, incluidas dietas especiales. * Servicios de enfermería especializada. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]*. * Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. * Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. * Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. * Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. * Servicios de médicos o profesionales. | *[List copays / coinsurance/ deductible. If cost sharing is based on benefit period, include definition / explanation of BID approved benefit period here.]* | |
| Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación)  Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir la atención de un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.   * Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). * Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. |  | |
| Manzana Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)  Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.  Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. | |
| Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas  *[Enrollees with chronic condition(s) that meet certain criteria may be eligible for supplemental benefits for the chronically ill. The chronic conditions and benefits must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits and eligibility criteria here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)  El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática [*Optional:* y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD].  Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.  El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:   * Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. * Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. * Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. * Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.   El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Servicios de urgencia  Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable.]* | |
| Manzana Atención de la vista  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. * Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. * Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* | |
| Manzana Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.  **Importante:** cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. | |

#### Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. Plans must explain how these benefits are different than what is covered under Medicaid and must indicate if any of the optional supplemental benefits are covered by Medicaid. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales son denominados **“Beneficios complementarios opcionales”**.Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse [*insert if applicable:* y además es posible que tenga que pagar una prima adicional]. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en [*insert as applicable:* esta sección *O* el inserto adjunto] están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]*

#### Sección 2.3 Cómo obtener atención con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros de nuestro plan

[*If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

Si no se muda permanentemente pero se ausenta constantemente del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. Con nuestro programa de visitante/viajero, puede recibir todos los servicios cubiertos del plan a un costo compartido dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener ayuda para ubicar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si se encuentra en el área de visitante/viajero, puede seguir inscrito en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2023. Si para el 31 de diciembre de 2023 no ha regresado al área de servicio del plan, se cancelará su inscripción en el plan.]

### SECCIÓN 3 ¿Qué servicios se cubren por fuera de *[insert plan name]*?

#### Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por *[insert plan name]*

*[Plans should use this section to include additional benefits covered outside the plan by Medicaid, as appropriate*. *Plans should modify as necessary to describe whether the benefits are available through fee-for-service Medicaid and/or a Medicaid managed care plan.]*

Los siguientes servicios no están cubiertos por *[insert plan name]* pero están disponibles mediante Medicaid:

### SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por [*insert as applicable:* el plan *O* Medicare *O* Medicaid]?

#### Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por [*insert as applicable:* exclusiones del plan *O* Medicare] ([*insert if applicable:* de Medicare]) *O* Medicaid

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” [*insert if applicable:* por Medicare].

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por [i*nsert as applicable:* el plan *O* Medicare *O* Medicaid] en ninguna circunstancia o solo están cubiertos por [i*nsert as applicable:* el plan *O* Medicare *O* Medicaid] en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

*[The services listed in the chart are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental Medicare benefits, delete them from this list. If plans partially exclude services excluded by Medicare, they may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may reorder the below excluded services alphabetically, if they wish. Plans may also add exclusions as needed.*

*When Medicare exclusions are covered by the plan under Medicaid, plans should keep the item/service but modify language as needed to indicate that the benefits are covered by the plan under Medicaid.]*

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna situación** | **Cubiertos solo en situaciones específicas** |
| --- | --- | --- |
| Acupuntura. |  | Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. |
| Cirugía o procedimientos cosméticos. |  | * Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. * Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica. |
| Cuidado asistencial.  El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse. | **Marca de Verificación** |  |
| Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.  Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica. |  | Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.  (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). |
| Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar. | **Marca de Verificación** |  |
| Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar. | **Marca de Verificación** |  |
| Entrega de comidas a domicilio. | **Marca de Verificación** |  |
| Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas. | **Marca de Verificación** |  |
| Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos). | **Marca de Verificación** |  |
| Atención odontológica que no sea de rutina. |  | Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. |
| Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies |  | Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. |
| Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor. | **Marca de Verificación** |  |
| Habitación privada en el hospital. |  | Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta. | **Marca de Verificación** |  |
| Atención quiropráctica de rutina. |  | Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. |
| Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras. | **Marca de Verificación** |  |
| Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión. |  | Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. |
| Cuidado de rutina de los pies. |  | Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes). |
| Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos. | **Marca de Verificación** |  |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare. | **Marca de Verificación** |  |

## CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*

"" **¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos *[plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits, omit the rest of this question]* si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D?**

[*Plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:* Al ser elegible para Medicaid, tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Puesto que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *O* **no aplica**] **en su caso**.][*Other plans insert:*La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Si participa en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as* *applicable:* **puede no aplicarse** *O* **no aplica] en su caso**.]*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *O* le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento).

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta. [*Insert as appropriate:* La Lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura para medicamentos de Medicaid. *OR* *[Insert language about where member can learn about Medicaid drug coverage].*]

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

* Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
* La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
* Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red* [*insert if applicable:* *or through the plan’s mail-order service*]).
* Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
* Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

### SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red [*insert if applicable:* o a través del servicio de pedido por correo del plan]

#### Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

#### Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llamar a Servicios para los miembros*.*

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:* Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.]

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. [*Insert if applicable:* O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia de la red o preferida, si hay una disponible.] Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. [*Insert if applicable:* También puede encontrar información en nuestro sitio web en *[insert website address].*]

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

* Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]*
* Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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

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

*[Omit if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correoson medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de** “**pedido por correo**” en nuestra Lista de medicamentos.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.]]

El servicio de pedido por correo del plan [*insert either:* permite *O* requiere] que solicite [*insert either:* ***al menos* un suministro del medicamento para [XX] días y para *no más de* [XX] días** *O* **un suministro de hasta [XX] días**] *O***un suministro de [XX] días**].

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing may add language to describe both types of cost sharing.]*

Para obtener [*insert if applicable:* formularios de pedido e] información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo *[insert instructions]*.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en [XX] días como máximo. *[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013 HPMS memo and 2016 Final Call Letter; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program consistent with policy described in the 2020 Final Call Letter.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail order means have the option to either add or replace the word “ship” with “deliver” as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**   
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

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

* Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
* Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento *[insert instructions]*.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros al *[insert instructions]*.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

*[For refill prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que sus medicamentos actuales se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático [*optional:* denominado “*[insert name of auto-refill program]*”]*.* En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia *[insert recommended number of days]* días antes de que su medicamento con receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa [*optional: insert name of auto-refill program instead of “our program”*] que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros al *[insert instructions]*.]

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

#### Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 2.4.]*

[*Insert if applicable:* Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor.] El plan ofrece [*insert as appropriate:* una forma *O* dos formas] de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. [*Insert if applicable:* Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento [*insert if applicable:* (que ofrecen un costo compartido preferido)] a un monto de costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *O* de pedido por correo].] [*Insert if applicable:* Otras farmacias minoristas pueden no aceptar los montos de costo compartido [*insert as appropriate:* inferior *O* de pedido por correo]. En este caso, usted deberá pagar la diferencia.] En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. [*Insert if applicable:* Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan.] **Compruebe primero con Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

*[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total [*plans with cost sharing, insert:* (y no la parte normal que le corresponde)] en el momento en que surta el medicamento con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos [*plans with cost sharing, insert:* la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento]. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta. [*Insert as appropriate:* La Lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura para medicamentos de Medicaid. *OR* *[insert language about where member can learn about Medicaid drug coverage].*]

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

* Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
* *O bien,* avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

*[Plans that are not offering indication-based formulary design should delete this section]* Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran que no están en el Formulario para otras afecciones. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), junto con las afecciones específicas que cubren.

*[Insert either of the two sentences:* “La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos”. *OR* “La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares”.*]*

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. [*Insert if applicable:* Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares.] En general, los medicamentos genéricos [*Insert if applicable:* y los biosimilares] funcionan tan bien como el medicamento de marca [*Insert if applicable*: o el producto biológico] y por lo general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos [*Insert if applicable*: o alternativas biosimilares] disponibles para muchos medicamentos de marca [*Insert if applicable:* y algunos productos biológicos].

[*Insert if applicable:*

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.] *[Plans that offer both a Part C and Part D over the counter benefit should explain i) what can be purchased by each program, ii) what can be purchased by both programs, iii) the effects of using one program or the other.]*

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

*[If the plan does not include Medicaid-covered drugs on the Drug List, add information indicating that these drugs are not included and where the member can find this information.]*

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

* En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
* En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Consulte el Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

#### Sección 3.2 Hay *[insert number of tiers]* “niveles de costo compartido” para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

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

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

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

Hay *[insert number]* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que [*insert*: le enviamos por correo] O [*insert*: por vía electrónica]. [*Insert if applicable:* (Tenga en cuenta lo siguiente: la Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos).]
2. Visite el sitio web del plan (*[insert URL]*). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]*

### SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

#### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

#### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Ver Capítulo 9)

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan.]*

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y, generalmente, cuesta menos. [*Insert as applicable:* **En la mayoría de los casos, cuando** O **Cuando]** **está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor [*insert as applicable:* nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico *O* ha escrito “Sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca *O* nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto], entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites en la cantidad

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

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

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

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

* El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
* El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]*El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
* Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.
* Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
* *[Omit if plan’s formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions.]* Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

* Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
* Puede cambiar a otro medicamento.
* Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O BIEN **ahora tiene algún tipo de restricción**.

*[Sponsors may omit this scenario if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*

* **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** de su membresía en el plan.
* **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **[*insert time period (must be at least 90 days***)] del año calendario.
* Este suministro temporal será para un máximo de *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice surtidos múltiples hasta un máximo de *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
* **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de *[insert time period (must be at least 90 days)]*** **y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]*, o menos si su receta indica que es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionada.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

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

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

*[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]* Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

#### Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]*

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

[*Insert if the plan designated one of its tiers as a “specialty” tier for unique/high-cost drugs and is exempting that tier from the exceptions process:* Los medicamentos del *[insert tier number and name of the tier designated as the specialty tier]* no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.]

[*Insert if the plan* *designated two of its tiers as specialty tiers, such that one of the specialty tiers is a “preferred” specialty tier with lower cost sharing relative to the other specialty tier and is exempting both of those tiers from the exceptions process to lower (“non-specialty”) tiers*: Los medicamentos del [*insert tier number and name of tier designated as the higher cost-sharing specialty tier*] son elegibles para este tipo de excepción a nuestro [*insert tier number and name of the tier designated as the preferred specialty tier*]. Sin embargo, los medicamentos del [*insert tier numbers and names of two tiers designated as specialty tiers*] no son elegibles para este tipo de excepción a [*insert tier numbers and names of the non-specialty tiers below the tiers designated as specialty tiers*].

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

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

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

* **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
* **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
* **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

#### Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

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

*[Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert A directly below and insert a clause on generics not new to market in the section on Other changes to the Drug List. Plan sponsors that will not be using the option to make immediate substitutions of new generic drugs should insert B.]*

*[****A. Advance General Notice that plan sponsor may immediately substitute new generic drugs:*** *In order to immediately replace brand name drugs with new therapeutically equivalent generic drugs (or change the tiering or the restrictions, or both, applied to a brand name drug after adding a new generic drug), plan sponsors that otherwise meet the requirements must provide the following advance general notice of changes:*

* **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
  + Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
  + Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
  + Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

***[B. Information on generic substitutions for plan sponsors that will not be immediately substituting new generic drugs.*** *Plan sponsors that will not be making any immediate substitutions of new generic drugs should insert the following:]*

* **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)** 
  + Podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica del mismo medicamento. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el medicamento genérico.
  + Si un medicamento de marca que está tomando es sustituido por un medicamento genérico o se lo pasa a un nivel de costo compartido más alto, debemos darle un aviso con, por lo menos, 30 días de anticipación al cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]*  días de su medicamento de marca.
  + Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  + Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

*[All plan sponsors should include the remainder of this section, with applicable clause noted below.]*

* **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  + A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  + La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
* **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos** 
  + Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, *[plan sponsors that want the option to immediately substitute new generic drugs insert:* podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. Tambiénpodemos*] OR* [*plan sponsors that will not be making immediate generic substitutions insert:* podemos]realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  + Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)]* días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  + Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
  + Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

* *[Plans that do not use tiers may omit]* Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
* Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
* Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

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

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

#### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

*[Plans may, as appropriate, remove or modify language regarding benefit exclusions when the benefits are covered by the plan under the Medicaid program.]*

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que [*insert as appropriate:* Medicare no paga *O* ni Medicare ni Medicaid pagan] estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). [*Insert if applicable:* Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted debe pagarlo *O* Si el medicamento está excluido, usted debe pagarlo] [*insert if applicable:* (, a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada)].

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare [*insert if list integrates Medicare and Medicaid exclusions:* o Medicaid]. [*Insert if list is not integrated:* Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid [*insert if plan notes categories with Medicaid coverage below:*, como se indica a continuación.]] *[If plan does not note categories with Medicaid coverage, insert an explanation of where members can find this information.]*

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

### SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta

#### Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro

*[Plans with members that need to show their Medicaid card to fill prescriptions for drugs covered under Medicaid should edit this section as needed.]*

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan [*plans with cost sharing insert:* la parte que nos corresponde de los costos de] su medicamento. *[Plans with no cost sharing, delete the next sentence.]* Usted deberá pagarle a la farmacia la parte que *le* corresponde del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

#### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde]. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

*[Plans that cannot enroll members with employer or retiree coverage should delete this section.]*

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su medicamento con receta.

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

### SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

#### Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

* Posibles errores en los medicamentos.
* Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
* Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
* Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
* Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
* Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
* Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

* Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] con receta en determinadas farmacias.
* Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] con receta de determinados médicos.
* Limitar la cantidad de medicamentos opioides [*insert if applicable:* o benzodiazepina] que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

#### Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) [*insert if plan has other medication management programs* “y otro programa”] [*insert if* *applicable*“y otros programas”] para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa [*delete “a” and insert “programs” if plan has other medication management programs*] que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro [*if applicable replace:* “Nuestro” *with* “Un”] programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es [*if applicable replace with: “*“Estos programas son voluntarios y gratuitos”] voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa [*insert if* *applicable*“los programas”] para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa [*if applicable replace with:*“estos programas”], comuníquese con Servicios para los miembros.

## CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*

"" **¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos** *[plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits, omit the rest of this question]* **si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D?**

[*Plans that are approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits insert this language:* Al ser elegible para Medicaid, tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Puesto que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *O* **no aplica**] **en su caso**.][*Other plans insert:*La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Si participa en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *O* **no aplica]** **en su caso**.]*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *O* le enviamos] un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” [Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

*[Plans with no cost sharing for Part D drugs, should move the information in Section 3 to Chapter 5 and delete the rest of Chapter 6.]*

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Tal como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están cubiertos por la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare [*insert if applicable:* o por Medicaid]. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* Además, algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.]

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

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

Hay distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

* El **“deducible”** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
* El **“coseguro”** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo.

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

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

* El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  + *[Plans without a deductible, omit]* La Etapa del deducible
  + La Etapa de cobertura inicial
  + *[Plans without a Coverage Gap, omit]* La Etapa del período sin cobertura
* Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

* Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
* Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
* Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* de costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la [*insert as applicable:* Etapa de cobertura inicial O Etapa del período sin cobertura] a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

* *[Plans with no premium, omit]* La prima mensual.
* Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
* Medicamentos que nuestro plan no cubre.
* Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
* Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.]
* [*Insert if applicable:* Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.]
* Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin cobertura.
* Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
* Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
* Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:*Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

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

* **Lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibió incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*, se le indicará que ha dejado la [*insert as applicable:* Etapa de cobertura inicial O Etapa del período sin cobertura] y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.]

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

*[Plans with a single payment stage: delete this section.]*

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de *[insert 2023 plan name]*?

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina.** No pagará más de $35 *[update the cost sharing amount, if lower than $35]* por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre ***[plans may update the tiering language if some insulins will be available at a tier lower than $35]******[insert only if plan’s benefit design includes a deductible: ,* incluso si no ha pagado su deducible*]***.

*[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]*

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según *[insert 2023 plan name]*. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

**Etapa 1: Etapa del deducible anual**

**Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

**Etapa 3: Etapa del período sin cobertura**

**Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

*[Plans with no cost sharing: modify Section 3.1 and 3.2 as necessary and move it to Chapter 5.]*

*[Plans with a single payment stage: modify this section as necessary.]*

#### Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”)

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

* Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo “**que paga de su bolsillo”**.
* Llevamos un registro de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

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

* **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
* **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
* **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
* **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

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

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

* **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
* *[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]* **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo, entréguenos las copias de sus recibos. A continuación se indican ejemplos de cuándo debe entregarnos las copias de sus recibos de medicamentos:
  + Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  + Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  + Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

* **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por *[plans without an SPAP in their state delete next item]* un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
* **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* Asegúrese de guardar estos informes.

### SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]*

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* No hay deducible para *[insert 2023 plan name]*.]

[*Plans with no deductible replace text below with*: No hay deducible para *[insert 2023 plan name]*. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primer medicamento con receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.]

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si usted recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

[*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace the previous paragraph with:* La mayoría de nuestros miembros recibe “Ayuda adicional” para los costos de sus medicamentos con receta, por lo que, a muchos de ellos, no les corresponde la Etapa del deducible. Si recibe “Ayuda adicional”, el monto del deducible depende del nivel de “Ayuda adicional” que recibe; usted:

* No paga un deducible.
* O bien, paga un deducible de *[insert LIS 4 deductible amount].*

*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Consulte el inserto aparte (“Cláusula adicional LIS”)para obtener información sobre el monto de su deducible.]

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* Esta etapa comienza cuando obtiene su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es de $*[insert deductible amount]* para 2023.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* Pagará un deducible anual de $*[insert deductible amount]* en los medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de *[insert applicable drug tiers]*** hasta que alcance el monto del deducible del plan. En el caso de todos los otros medicamentos, no deberá pagar ningún deducible.] El “**costo total**” suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $*[insert deductible amount]* por los medicamentos de *[insert drug tiers if applicable]*, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

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

*[Plans with a single coverage stage: modify this section as necessary.]*

*[Plans with no cost sharing in the Initial Coverage Stage: modify this section as necessary.]*

#### Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su [*insert as applicable:* copago *O* monto de coseguro *O* copago o monto de coseguro]). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*

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

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* Una farmacia minorista de la red.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red.]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.]
* Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet.]* La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

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

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this section to reflect the plan’s cost sharing.]* Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. *[Plans without copayments omit]* A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, the chart must include both standard and preferred cost sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Removed columns do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: “*El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el *[insert tier].”*

*[Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or dual eligible individuals with full Medicaid benefits may delete columns and modify the chart as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage.]*

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de pedido por correo**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**  (suministro de hasta *[insert number of days]* días) | **Costo compartido fuera de la red**  (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description, e.g., “generic drugs”]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

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

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

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

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

#### Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* de ([*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días)

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de [*insert if applicable:* hasta] *[insert number of days]* días.

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

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, the chart must include both standard and preferred cost sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Remove columns that do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: “*El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el *[insert tier].”*]

[*Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell: “*“No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el *[insert tier].”*]

*[Plans that, per the State Medicaid Agency Contract, exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or other full-benefit dual eligible individuals may delete columns and modify the chart as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage.]*

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

| **Nivel** | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)**  ([*insert if applicable:* suministro de hasta] *[insert number of days]* días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)**  ([*insert if applicable:* suministro de hasta] *[insert number of days]* días) | **Costo compartido de pedido por correo**  ([*insert if applicable:* suministro de hasta] *[insert number of days]* días) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel 1 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 2 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 3 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **Nivel 4 de costo compartido**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

#### Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los [*insert as applicable:* costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $*[insert initial coverage limit] OR* costos que paga de su bolsillo alcancen los $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*]

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que haya obtenido llegue al **límite de $*[insert initial coverage limit]* para la Etapa de cobertura inicial**.

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

[*Insert if applicable:* Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para [*insert if plan has a coverage gap:* el límite de cobertura inicial o] el total de los costos que paga de su bolsillo.

La EOB de la Parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* *OR* $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*] en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la [*insert as applicable:* Etapa del período sin cobertura *O* Etapa de cobertura en situaciones catastróficas]. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

### SECCIÓN 6 Costos en la etapa del período sin cobertura

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with:* No hay un período sin cobertura para *[insert 2023 plan name].*]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: No hay un período sin cobertura para *[insert 2023 plan name]*. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas (consulte la Sección 7).]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan’s coverage.]*

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

También recibirá algo de cobertura por medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Cuando llega a este límite ($*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*), usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

### SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga [*insert as applicable:* todo los *O* la mayor parte de los] costos de sus medicamentos

*[Plans with a single coverage stage: modify this section as necessary.]*

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

[*Plans insert appropriate option for your catastrophic cost sharing:*

*Option 1:*

Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos*.*

*Option 2:*

* **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
* *– ya sea un –* coseguro del 5% del costo del medicamento.
* – *o* – $*[Insert 2023 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]* para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $*[Insert 2023 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]* para todos los demás medicamentos.

*Option 3:*

*[Insert appropriate tiered cost-sharing amounts]*.

*Option for plans enrolling members who are LIS level 4:*

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, sus costos por medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será uno de los siguientes:

* $0.
* Un coseguro o un copago, el que sea *mayor*:
* *– ya sea un –* coseguro del 5% del costo del medicamento.
* – *o* – $*[Insert 2023 catastrophic cost-sharing amount for generics/preferred multisource drugs]* para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $*[Insert 2023 catastrophic cost-sharing amount for all other drugs]* para todos los demás medicamentos.

*[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Consulte el inserto separado (la “Cláusula adicional LIS”) para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

*[If plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit, insert a description of cost sharing in the Catastrophic Coverage Stage.]*

### SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the sections above.]*

*[Plans with no cost sharing may move this section to Chapter 5.]*

### SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

*[Plans may revise this section as needed.]*

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas**. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted [insert only if plan’s benefit design includes a deductible: incluso si no ha pagado su deducible]. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

* La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
* La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

**1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).

* + Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos* [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar] en el Capítulo 4).
  + Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

**2. Dónde obtiene la vacuna.**

* La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

**3. Quién le administra la vacuna.**

* Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la Etapa de medicamento en la que se encuentre.

* A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
* Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* Obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

* Usted deberá pagarle a la farmacia el [*insert as appropriate:* coseguro *O* copago] por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
* Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

* Cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
* Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
* Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el [*insert as appropriate:* coseguro *O* copago] normal por la vacuna (incluida la administración) [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

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

* Usted deberá pagarle a la farmacia el [*insert as appropriate:* coseguro *O* copago] por la vacuna en sí.
* Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
* Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna [*Insert the following only if an out-of-network differential is charged:* menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

## CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos [plans with cost sharing insert: la parte que nos corresponde de]* una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

*[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid covered benefits. Plans may not revise the chapter or section headings except as indicated.]*

### SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos *[plans with cost sharing delete the rest of this sentence]*: usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por [*plans with cost sharing insert:* el costo total de] la atención médica o los medicamentos que haya recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si usted ya pagó los medicamentos un servicio o artículo de Medicare cubiertos por el plan**, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado *[insert if plan has cost sharing:* más de la parte que le corresponde del costo] por los servicios médicos o los medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.

* Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos [*insert if the plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo]. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
* Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  + Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  + Si ya ha pagado [*insert if the plan has cost sharing:* más de lo que le corresponde pagar del costo] del servicio, [*insert if the plan has cost sharing:* determinaremos cuánto debía y] le reembolsaremos [*insert if the plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo].

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan el pago [*insert as appropriate:* de los servicios *O* de más de la parte que le corresponde del costo].

* *[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll full-benefit dual eligible individuals who do not pay Parts A and B cost sharing delete this paragraph.]* Usted solo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. *[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.]
* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red [*insert if the plan has cost sharing:* cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar], envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
* Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, [*insert if plan has cost sharing:* pero cree que pagó demasiado], envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos [*insert as appropriate:* por sus servicios cubiertos *O* por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan].

**3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos [*insert if the plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde de los costos]. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

**4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso [*insert if the plan has cost sharing:* de la parte que nos corresponde del costo]. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso [*insert if the plan has cost sharing:* de la parte que nos corresponde del costo].

**6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones**

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

* Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
* Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo del] medicamento.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from a member.]*

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos [*insert if the plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo] por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims.]*

*[Plans may edit this section as necessary to describe their claims process.]*

Puede solicitarnos que le reembolsemos *[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language: either calling us or]* enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para incluir en sus registros. [*Insert if applicable:* **Debe presentarnos la reclamación dentro de los *[insert timeframe***] a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

* No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. *[Insert the required data needed to make a decision (e.g. name, date of services, item, etc.)]*
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario.]

*[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.]* Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

*[Insert address]*

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

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento [*insert if the plan has cost sharing:* y cuánto debemos]

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

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

#### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos [*plans with cost sharing insert:* en su totalidad o en parte] la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

## CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*

### 

*[****Note***: *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language or language required by state Medicaid programs.]*

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

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante *[insert plan contact information]*. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

#### Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir a un [*insert as appropriate:* proveedor de atención primaria (PCP) *O* proveedor] de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. *[Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may see without a referral.]* También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de que obtener una remisión. [*If applicable, replace previous sentence with:* No le pedimos que obtenga remisiones [*insert if applicable:* para visitar a proveedores de la red].]

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

#### Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
* Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
* Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
* Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

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

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

*[****Note****: Plans may insert custom privacy practices.]*

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

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

Como miembro de *[insert 2023 plan name]*, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

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

* **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
* **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
* **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
* **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

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

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

*[****Note****: Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

* **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios.]
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
* **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se menciona, puede presentar una queja ante *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to refer to that exhibit.]*

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

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

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

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

¿Se trata de algo diferente?

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

* Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

[*As applicable, plans may include additional bullets with contact information for Medicaid and state ombudsman programs consistent with Chapter 2, Section 6.*]

#### Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

* Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* Puede comunicarse con **Medicare.**
  + Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  + También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

### SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

*[Plans may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]*

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

* **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  + Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  + Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
* **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan [*insert if applicable:* y su tarjeta de Medicaid] cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D*.*
* **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  + Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  + Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  + Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
* *[Plans may edit as needed to reflect the costs applicable to their members.]* **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  + [*Insert if applicable:* Debe pagar las primas del plan.]
  + Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

*[Delete this bullet if plan does not have cost sharing.]* Para la mayoría de sus [*insert if plan has cost sharing for medical services:* servicios médicos o] medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el [*insert if plan has cost sharing for medical services:* servicio o] medicamento. *[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
* **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
* **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, *[if a continuation area is offered, insert “generally” here and then explain the continuation area]* no puede seguir siendo miembro del plan.**
* Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

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

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either “A” or “B”, from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

### 

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar sus problemas depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para los miembros.
2. El tipo de problema que tenga:
   * Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
   * Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

* Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
* También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

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

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

*[Insert contact information for the state Medicaid agency. Plans may insert similar sections for the QIO or ombudsman.]*

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

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que se utilizará depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros. Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid?

Si desea recibir ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4**, “**Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**”.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Avance a la **Sección 12** de este capítulo, “**Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

### SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

#### Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

**Sí.**

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5**, “**Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**”.

**No.**

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo:“**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**”.

### SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

#### Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, la apelación pasará automáticamente al Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

* No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
* Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

#### Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* **Puede llamarnos a Servicios para los miembros**.
* **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]).
* Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
* Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
* **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
* Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
* Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

#### Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

* **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
* **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
* **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
* **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

### SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

#### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo de] su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto* [*insert if plan has cost sharing: and what you pay*]). Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**

2. Nuestro plan no autorización la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

**Nota:** **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

#### Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

| **Términos legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **“determinación de la organización”.**  Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación acelerada**”. |

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

**Por lo general, una “decisión de cobertura estándar” se toma dentro de los 14 días** **o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

* *Solo podrá solicitar* cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*.
* Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
* **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
* **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
* Explique que usaremos los plazos estándar.
* Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
* Explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

* Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

* **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

***En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.***

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

* **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

#### Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan.  Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.** |

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

**Generalmente, una “apelación estándar” se realiza dentro de los 30 días. Generalmente, una “apelación rápida” se realiza dentro de las 72 horas.**

* Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

* **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos.] El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

* En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
* Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

* En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** **después de recibida su apelación**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
* No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico.Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
* Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

#### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

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

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

* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2

* En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
* Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

* En el caso de la “apelación estándar”, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
* Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

* **Si la organización de revisión independiente** **acepta una parte o la totalidad de una** **solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o brindar el servicio **en el plazo de 72 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **en el plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
* **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  + Explique su decisión.
  + Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  + Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

#### Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde de] una factura que haya recibido por concepto de atención médica?

*[Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* **No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid.** Si recibe una factura *[plans with cost sharing insert*: que supera su copago por servicios y artículos cubiertos*]* por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.*]*

*[Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* **Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubiertos por el plan**, **puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero** (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado *[insert if plan has cost sharing:* más de la parte que le corresponde del costo*]* por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.*]*

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

* **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del] costo en un plazo de 60 días calendario después de recibida su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
* **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

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

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.** En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

* Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
* Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

### SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

#### Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

* Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

| **Término Legal** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”.** |

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

* Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
* Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]*Solicitar el pago de un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
* Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 7.4**
* Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

#### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.**  Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**.  Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**. |

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son [*insert as applicable:* dos *O* tres] ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** *[Plans without cost sharing delete]* Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos *O* los medicamentos en *[insert exceptions tier] O* los medicamentos en *[insert exceptions tier]* para los medicamentos de marca o *[insert exceptions tier]* para los medicamentos genéricos]. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this sentence]* Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
3. *[Plans with no cost sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]* **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

* Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
* [*If the plan designated one of its tiers as a “specialty tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]
* Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

#### Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
* Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

#### Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

| **Término Legal** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”.** |

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “decisiones de cobertura estándar” se toman en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Las “decisiones de cobertura rápidas” se toman en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

* Debe estar preguntando *por un medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
* El hecho de usar los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le daremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
* **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
* Explique que usaremos los plazos estándar.
* Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
* Le indica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) [*insert if applicable:* o en nuestro formulario del plan], el cual/los cuales [*insert if applicable:* está *O* están] disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. *[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]* Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

* **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, que es la razón médica de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

* En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
  + En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

* En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  + En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
* Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* S**i aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

* Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **“redeterminación”**.  Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”. |

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Generalmente, una “apelación estándar” se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una “apelación rápida” se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”.

* Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

* **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:*, o llámenos]. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (*insert phone number)*. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.]

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

* En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido.

* En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  + Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación. **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró.***

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

* Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

* Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación “rápida”

* Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
* Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

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

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

***En el caso de las "apelaciones rápidas":***

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

***En el caso de las "apelaciones estándar":***

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
* **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

**Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

* Explique su decisión.
* Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
* Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
* Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

* El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
* Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
* Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

#### Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1‑877-486-2048).

**1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
* Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
* Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

* Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
* Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

**3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

* Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
* Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

#### Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.**
* **Cumpla con los plazos.**
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió (An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

* Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
  + **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  + **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del Aviso detallado del alta, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
* Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

* Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

* Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
* Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación..

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

| **Término Legal** |
| --- |
| A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”. |

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

* Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

* **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  + Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
* **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos (reembolsarle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
* El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
* La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

#### Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar* [*insert if plan has cost sharing: our share of the cost*] *su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

#### Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

| **Término Legal** |
| --- |
| “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Le dice cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**.Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. |

**1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

* La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
* Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

**2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

#### Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.**
* **Cumpla con los plazos.**
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. **Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.**

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

***Actúe rápido:***

* Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

| **Término Legal** |
| --- |
| “**Explicación detallada de no cobertura**”.Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura. |

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
* Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

* Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

* Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
* Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

#### Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
* Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

| **Término Legal** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”. |

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

* Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

* **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
* Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
* En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

#### Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

* **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  + Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  + Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
* **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4:** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

* Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

#### Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

* Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

### SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

#### Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? * ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? * ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? * ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?   + Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta. |
| **Limpieza** | * ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | * ¿No le dimos un aviso requerido? * ¿Es nuestra información escrita difícil de entender? |
| **Puntualidad**  (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones) | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. * Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

#### Sección 11.2 Cómo presentar una queja

| **Términos legales** |
| --- |
| * Una **“queja”** también se denomina **“reclamo”**. * **“Presentar una queja”** también se denomina **“interponer un reclamo”**. * **“Usar el proceso para quejas”** también se denomina **“usar el proceso para interponer un reclamo”**. * Una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”**. |

#### Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

* **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
* **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

* **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

#### Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

* **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

#### Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2023 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1‑877‑486‑2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

### SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

*[Plans should add sections describing the processes available to members to pursue appeals and grievances related to Medicaid-covered services. Plans should also include descriptions of how they will assist members with navigating those processes.]*

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

*[Applicable integrated plans, the subset of fully integrated dual eligible special need plans (FIDE SNPs) and highly integrated dual eligible special need plans (HIDE SNPs) with exclusively aligned enrollment, are required to use Chapter 9B instead of Chapter 9A.]*

*[Plans should remove the corresponding letter, either “A” or “B”, from whichever version of Chapter 9 the plan uses (either Chapter 9A or Chapter 9B) from the document. This includes the main table of contents, Chapter 9 cover page, and Chapter 9 table of contents.]*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box.]*

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para tratar su problema depende del tipo de problema que tenga:

* + Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
  + Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

* Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización integrada” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
* También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

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

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

*[Insert contact information for the state Medicaid agency. Plans may insert similar sections for the QIO or ombudsman.]*

### SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces los procesos de Medicare y Medicaid no están combinados. En esos casos, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

### SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.**

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5**, “**Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**”.

**No.**

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo,“**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**”.

### SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

#### Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si no rechazamos el caso pero negamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, la apelación pasará automáticamente al Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una entidad de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

* Su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no tiene que hacer nada. La organización de revisión independiente le enviará un aviso para confirmar que recibieron su apelación de Nivel 2.
* Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

#### Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* **Puede llamarnos a Servicios para los miembros**.
* **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]).
* Su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
* Si su médico u otro proveedor de atención médica pide que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es **posible** que deba nombrar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
* Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
* **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  + Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*]). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  + Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

#### Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

* **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
* **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
* **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
* **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (Esta sección se aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

### SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

#### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del costo de] su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto* [*insert if plan has cost sharing: y lo que le corresponde pagar*]). Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (que habíamos aprobado previamente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

**Nota:** **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

#### Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

| **Términos legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **“determinación de la organización”.**  Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación acelerada**”. |

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

**Por lo general, una “decisión de cobertura estándar” se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos, 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

* *Solo podrá solicitar* cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*.
* Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
* **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
* **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
* Explica que usaremos los plazos estándar.
* Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
* Explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

* Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

* **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

***En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.***

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

* **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

* Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

#### Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan.  Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.** |

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

**Generalmente, una “apelación estándar” se realiza dentro de los 30 días. Generalmente, una “apelación rápida” se realiza dentro de las 72 horas.**

* Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

* **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos.] El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Si le indicamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

* Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
* Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra último.
* Si cumple este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujeto a su apelación) sin cambios.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

* En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
* No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico.Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

* En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
* No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
* Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** o **en un plazo de** **7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibida su apelación.
* Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación.
* Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
* Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
* Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

#### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

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

* Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
* Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. A continuación, también se brinda información.
* Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página *[insert applicable page number(s)]* para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

* Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
* Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, siga estos pasos:

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

* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso**.
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2

* En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
* Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

* En el caso de la “apelación estándar”, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
* Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o brindar el servicio **en el plazo de 72 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **en el plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
* **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  + Explique su decisión.
  + Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  + Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
  + La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, siga estos pasos:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

* El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que suele cubrir Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días** calendario a partir de la fecha de envío de la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

*[Plans or states should describe the process for Medicaid Level 2 appeals, in which members must submit the Level 2 appeal themselves.]*

Paso 2: La oficina de la audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de la audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

* **Si la oficina de la audiencia imparcial aprueba una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas de recibida la decisión de la oficina de la audiencia imparcial.
* **Si la oficina de la audiencia imparcial rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si se rechaza la totalidad o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la organización de revisión independiente o la oficina de la audiencia imparcial rechazan la totalidad o parte de lo que usted pidió, tiene **derechos adicionales de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial le describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

#### Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde de] una factura que haya recibido por concepto de atención médica?

*[Plans insert if the state DOES NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* **No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid.** Si recibe una factura *[plans with cost sharing insert*: que supera su copago por servicios y artículos cubiertos*]* por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.*]*

*[Plans insert if the state DOES allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubiertos por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado *[insert if plan has cost sharing:* más de la parte que le corresponde del costo*]* por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.]

*[Plans insert if state allows members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra.

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

[*Plans insert if state does NOT allow members to be directly reimbursed for Medicaid benefits:* La solicitud de que se le devuelva el dinero por algo que ya pagó:

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de **Medicaid**. Si recibe una factura [*plans with cost sharing insert*: que supera su copago] por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor de atención médica y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener los servicios o artículos.]

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

* **Si aceptamos su solicitud**: [*Plans insert if state allows members to be directly reimbursed:* Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del] costo en un plazo de 60 días calendario de recibida su solicitud.]
* [*Plans insert if state DOES NOT allow members to be directly reimbursed:* Si la atención médica de Medicare tiene cobertura, le enviaremos el pago de [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del] costo en un plazo de 60 días calendario después de recibida su solicitud.
  + Si la atención de Medicaid por la que usted pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y usted cree que deberíamos pagarle al proveedor de atención médica en su lugar, le enviaremos a su proveedor de atención médica el pago de [*insert if plan has cost sharing:* la parte que nos corresponde del] costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
  + Entonces deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelva el dinero. Si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica.
* **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

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

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.** En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

* Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
* Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

### SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

#### Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

* **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".
* Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
* Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

| **Término Legal** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”.** |

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

* Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.**Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
* Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this bullet.]* Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
* Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 7.4.**
* Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

#### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

| **Términos legales** |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”.**  Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**.  Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**. |

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son [*insert as applicable:* dos *or* tres] ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** *[Plans without cost sharing delete]* Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a [*insert as appropriate:* todos nuestros medicamentos *O* los medicamentos en *[insert exceptions tier] O* los medicamentos en *[insert exceptions tier]* para los medicamentos de marca o *[insert exceptions tier]* para los medicamentos genéricos]. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
3. *[Plans with no cost sharing and plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions, omit this section.]* **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

* Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
* [*If the plan designated one of its tiers as a “specialty tier” and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*.]
* Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

#### Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions omit the next sentence.]* Si nos solicita una excepción de nivel, en general, **no** aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

* Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
* Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

#### Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

| **Término Legal** |
| --- |
| Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”.** |

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “decisiones de cobertura estándar” se toman en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Las “decisiones de cobertura rápidas” se toman en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

* Debe estar preguntando *por un medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
* El hecho de usar los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.*
* **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le daremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
* **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
* Explique que usaremos los plazos estándar.
* Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
* Le indica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) [*insert if applicable:* o en nuestro formulario del plan], el cual/los cuales [*insert if applicable:* está *O* están] disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. *[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]* Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

* **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

* En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
  + En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  + En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* S**i aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

* Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| **Término Legal** |
| --- |
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **“redeterminación”**.  Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”. |

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Generalmente, una “apelación estándar” se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una “apelación rápida” se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

* Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

* **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:*, o llámenos]. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (*insert phone number)*. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

* En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido.

* En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  + Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró.***

* Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  + Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

* Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

* Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una “apelación rápida”

* Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
* Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

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

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

***En el caso de las "apelaciones rápidas":***

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

***En el caso de las "apelaciones estándar":***

* **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
* **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

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

* Explique su decisión.
* Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
* Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

* El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
* Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
* Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

#### Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
* Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
* Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

* Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
* Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

**3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

* Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
* Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.html)

#### Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.**
* **Cumpla con los plazos.**
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

* Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes** de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
  + Si usted cumple con este plazo, es posible que pueda permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello** mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  + Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos correspondientes** a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
* Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

* Si la organización de revisión acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

* Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
* Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

| **Término Legal** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”. |

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes**.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

* Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

* **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  + Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

**La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
* **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
* El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
* La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

#### Sección 9.1 Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** [*insert if plan has cost sharing:* **la parte que nos corresponde****del costo de**] *su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

#### Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

| **Término Legal** |
| --- |
| “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Le dice cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**.Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. |

**1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

* La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
* Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

**2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

#### Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.**
* **Cumpla con los plazos.**
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

* Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

| **Término Legal** |
| --- |
| “**Explicación detallada de no cobertura**”.Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura. |

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
* Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente los motivos por los cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

* Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

* Si los revisores rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
* Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

#### Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
* Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes**.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

| **Término Legal** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”. |

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

* Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

* **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
* Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

| **Término Legal** |
| --- |
| El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
  + En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

#### Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

* **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  + Si decidimos no apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  + Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
* **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  + Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  + - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

* Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

#### Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

*[Plans may, at the discretion of the states in which they operate, insert a clear, brief description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to file an additional appeal in the state.]*

#### Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
* **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

* Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

### SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

#### Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? * ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? * ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? * ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?   + Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta. |
| **Limpieza** | * ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | * ¿No le dimos un aviso requerido? * ¿Es nuestra información escrita difícil de entender? |
| **Puntualidad**  (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones) | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. * Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

#### Sección 11.2 Cómo presentar una queja

| **Términos legales** |
| --- |
| * Una **“queja”** también se denomina **“reclamo”**. * **“Presentar una queja”** también se denomina **“interponer un reclamo”**. * **“Usar el proceso para quejas”** también se denomina **“usar el proceso para interponer un reclamo”**. * Una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”**. |

#### Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

* **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
* Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
* [Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]
* **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros inmediatamente.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

* **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

#### Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

* **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad. La** Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

* **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

#### Sección 11.5 También puede informarle a Medicare [*insert as applicable:* y Medicaid] acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2023 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1‑877‑486‑2048.

*[If state Medicaid agencies hear complaints, plans insert state-specific contact information here as directed by the state.]*

## CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan*

*[Plans may revise this chapter as needed if the plan will continue to provide Medicaid coverage when the member disenrolls from the Medicare plan.]*

### SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en *[insert 2023 plan name]* puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

* Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
* También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Dado que tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

* De enero a marzo
* De abril a junio
* De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar de plan. No puede utilizar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía a nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción anual.

* Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  + Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  + Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  + Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

#### Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

* El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
* **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  + Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

*O BIEN*

* + - * Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

**Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

#### Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

* **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
* **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
  + Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  + Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
* **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

#### Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

* + En general, cuando se muda.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Si tiene Medicaid.
  + Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  + Si rompemos nuestro contrato con usted.
  + Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)].

[**Nota**: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan.La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.]

[**Nota**: en la Sección 2.1 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid.]

* **Los períodos de inscripción varían** según cada caso.
* **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:
* Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  + Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

*O BIEN*

* + Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

**Nota:** si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

**Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

**Nota:** en las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben Ayuda adicional.

#### Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

* **Llame a Servicios para los miembros.**
* Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2023* (*Medicare y Usted 2023*).**
* Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| Otro plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. * Su inscripción en el plan *[insert 2023 plan name]* se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. |
| Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | * Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. * Su inscripción en el plan *[insert 2023 plan name*] se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. |
| Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.   * + Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.   + Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. | * + **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción a** [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea]. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para los miembros.   + También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877-486-2048.   + Su inscripción en el plan *[insert 2023 plan name]* se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare. |

**Nota:** si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de *[insert state-specific name for Medicaid]*, comuníquese al *[insert state-specific name of Medicaid program, toll-free number, TTY, and days and hours of operation]*. *[Insert any additional state-specific resources for assistance with questions about the member’s Medicaid benefits.]* Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de *[insert state-specific name for**Medicaid]*.

### SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía *[insert 2023 plan name]* , y comience su nueva cobertura de Medicare [*insert if applicable:* y Medicaid], debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

* **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
* **Continúe usando las farmacias de nuestra red *[insert if appropriate or mail order****]* **para obtener sus medicamentos con receta.**
* **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

* Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
* Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. *[Plans must insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements.]*
* [*Insert if applicable:* Si no paga sus gastos médicos excesivos (*spend down*), si corresponde.]
* Si se muda fuera del área de servicio.
* Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses. *[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan.]*
* Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
* [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 *y* vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda fuera de nuestra área de servicio, se cancelará su inscripción en el plan.]
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
* Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
* *[Omit if not applicable]* Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet if not applicable]* Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.]* Si no paga las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months.]*.
* Debemos notificarle por escrito que tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
* Si usted debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

#### Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2023 plan name]* no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

#### Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

## CAPÍTULO 11: *Avisos legales*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [https://www.hhs.gov/ocr/index.](https://www.hhs.gov/ocr/index.html)

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *[insert 2023 plan name]*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

*[****Note****: You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations. Plans may also include Medicaid-related legal notices.]*

## CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

*[Plans with a POS option: Provide definitions of: allowed amount, coinsurance and maximum charge, and prescription drug benefit manager.]*

*[Delete if plan does not use tiers]* **Nivel de costo compartido**: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio**:un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que: (1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Autorización previa**: *[Plans may delete applicable words or sentences if it does not require prior authorization for any medical services and/or any drugs.]* aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

[*Include if applicable:* **Beneficios complementarios opcionales**: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.]

**Cancelar** **o** **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

**Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)**: servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio**: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare)**: seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

**Coseguro**: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta [*insert if applicable:* después de pagar los deducibles].

**Costo compartido diario:** es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de $1 por día.

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. [*Insert if applicable:* (Esto es complementario a la prima mensual del plan).] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing:*

**Costo compartido estándar:** es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.]

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost- sharing:*

**Costo compartido preferido:** costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.]

**Costo de suministro:** un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de cobertura**: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

*[As appropriate, applicable integrated plans insert and alphabetize:***Determinación de la organización integrada***]* **Determinación de la organización**:una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

**Dispositivos ortésicos y protésicos**: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Emergencia**:una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que [*insert as applicable:* no paga ningún *O* paga un monto bajo de] copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]* en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Etapa de cobertura inicial**: esta es la etapa antes de que [*insert as applicable:* los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre O los costos que paga de su bolsillo] para el año alcancen [*insert as applicable: [insert 2023 initial coverage limit] OR [insert 2023 out-of-pocket threshold]*].

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción**: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

*[Plans that are zero cost-share plans or approved to exclusively enroll QMBs, SLMBs, QIs, or other full-benefit dual eligible individuals delete this definition.]* **Facturación de saldos:** cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de *[insert 2023 plan name]*, solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

**Farmacia de la red:** farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Hospicio**: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización**: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Indicación médicamente aceptada**: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)**: es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Límite de cobertura inicial**: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Límites de cantidad**: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”)**: una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

**Medicaid (o asistencia médica)**: un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Médicamente necesario:** significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Medicamento genérico:** medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**Medicamentos de la Parte D**: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Medicare**: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

*[Plans that do not use PCPs, omit]*[*insert as appropriate:***Médico** *O* **Proveedor**]**de atención primaria (Primary Care Physician/Provider,PCP)**:el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”)**: una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)**: si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Monto máximo que paga de su bolsillo**: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] . *[Plans without a premium revise the following sentence as needed.]* Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B], también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios.] *[Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.] (**Nota:** puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo).

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

**Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)**: un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Parte C**: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

**Parte D**: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

**Período de beneficios:** *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* la manera en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. [*Insert if applicable:* Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios.] No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

**Período de inscripción inicial**:el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Persona con doble elegibilidad**: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional**: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

**Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente**: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

**Plan de necesidades especiales de atención crónica:** los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en el título 42 del CFR 422.2. Un Plan de necesidades especiales de atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de mercadeo e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

**Plan de necesidades especiales**: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un centro de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare**: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)**: un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA)**:a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), una ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan Medicare Cost**: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.]

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE:** un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare)**: el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima**: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare**: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

**Proveedor de la red**: “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red**: un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

**Queja:** el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

*[As appropriate, applicable integrated plans insert and alphabetize:***Reclamo***]* **integrado**: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

**Servicios cubiertos por Medicare**: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación**: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia**: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

**Servicios para los miembros**: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

**Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)**: consulte “Ayuda adicional”.

**Tratamiento escalonado**: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

Servicios para los miembros de *[Insert 2023 plan name]*

| Método | Servicios para los miembros: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| Método | Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA)****. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938‑1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*