



GlobalHealth

Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

EVIDENCIA DE COBERTURA

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)
de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo),
y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
www.globalhealth.com

GlobalHealth es un plan HMO/SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

Este documento le ofrece detalles acerca de su cobertura de servicios médicos y de medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) para recibir más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.

Este plan, Generations Chronic Care (HMO C-SNP), es ofrecido por GlobalHealth, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros” o “nuestro”, significa GlobalHealth, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Generations Chronic Care (HMO C-SNP)).

Esta información también está disponible en otros idiomas y en formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

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

- Su prima y el costo compartido de su plan.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H3706_013_024EOCS2025_C

Tabla de Contenidos**2025 Evidencia de Cobertura****Tabla de Contenidos**

CAPÍTULO 1:	<i>Inicio como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	10
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6	Mantener actualizado el registro de su membresía al plan	15
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1	Contactos de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare)	23
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de Calidad	26
SECCIÓN 5	Seguro Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid	27
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	28
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	31
SECCIÓN 9	¿Tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador?	32
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	33
SECCIÓN 1	Conceptos que debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica	36
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	39
SECCIÓN 4	Cómo proceder si recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios	42

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	42
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	44
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	45
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)</i>	48
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	49
SECCIÓN 2	Usar la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	112
CAPÍTULO 5:	<i>Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	115
SECCIÓN 1	Introducción	116
SECCIÓN 2	Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	116
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de medicamentos del plan	120
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	123
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?	124
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?	127
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	129
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	131
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	131
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos	133
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	136
SECCIÓN 1	Introducción	137
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento	139
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra	140
SECCIÓN 4	No hay deducibles para Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	142

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 5	En la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte	142
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	148
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre	148
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	150
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	151
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	153
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	154
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	156
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	157
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	167
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	169
SECCIÓN 1	Introducción	170
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	170
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	171
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	172
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura	175
SECCIÓN 6	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	183
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	193
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	197
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más	201
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	204

Tabla de Contenidos

CAPÍTULO 10:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	208
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	209
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	209
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	211
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	212
SECCIÓN 5	Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	213
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	215
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	216
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	216
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	218
SECCIÓN 4	Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso	218
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	220

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Actualmente está inscrito en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) , que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)**

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) es un Plan de Medicare Advantage HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) que está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada.

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Generations Chronic Care (HMO C-SNP) está pensado para brindar beneficios médicos adicionales que ayuden específicamente a las personas que tienen diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en tratar diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares. Además, incluye programas de salud diseñados para prestar servicio de necesidades especializadas de personas con estas afecciones. Asimismo, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que generalmente se utilizan para tratar diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares. Como miembro del plan, usted recibe beneficios a su medida según su afección y tiene toda la atención coordinada a través de nuestro plan.

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

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

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

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica y los medicamentos recetados que se le ofrecen a usted como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

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

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Si está confundido, tiene alguna inquietud o si desea hacer una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Generations Chronic Care (HMO C-SNP) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio luego del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cada año. Puede seguir cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

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

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare;
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas viven en el área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella;
- -- y -- es ciudadano estadounidense o reside legalmente en Estados Unidos;
- -- y -- reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especiales de las personas que padecen determinadas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de 1 mes, sigue teniendo derecho a obtener la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad que se considera continua).

Sección 2.2	Este es el área de cobertura de servicios del plan Generations Chronic Care (HMO C-SNP)
--------------------	--

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

El área de servicio incluye los siguientes condados de Oklahoma: Caddo, Canadian, Carter, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Hughes, Lincoln, Logan, Mayes, McClain, McIntosh, Muskogee, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Rogers, Seminole, Tulsa, y Wagoner.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, contará con un Período especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3	Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU.
--------------------	---

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Generations Chronic Care (HMO C-SNP) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Generations Chronic Care (HMO C-SNP) tiene que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1	Su tarjeta de identificación de miembro del plan
--------------------	---

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios cubiertos por este plan y cualquier medicamento recetado de las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de identificación de miembro para que vea cómo será la suya:

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

			
<Plan Name>		RXBIN: 004336 RXPCN: MEDDADV RXGRP: HMOMAPD	
Member ID: <XXXXXXXXXX>			
<First Name> <MI> <Last Name>			
PCP Name: <PCP Name>			
PCP Phone: <XXX-XX-XXXX>			
Copayments			
PCP <XX>	SPEC <XX>	ER <XX>	H3706-<PBP #> Effective: [cvg_eff_dt]
BARCODE HERE			
Customer Care: 1-844-280-5555 (TTY: 711) www.GlobalHealth.com			
24/7 Nurse Line: 1-800-554-9371 (TTY: 711) Behavioral Health: 1-888-434-9202 (TTY: 711) In-Home Support Services: 1-855-485-9692 (TTY: 711) Transportation: 1-877-565-1612 (TTY: 711) Dental: 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566) Vision: 1-800-884-6321 (TTY: 711) Hearing: 1-877-241-4736 (TTY: 711) Smart Wallet: 1-877-241-4736 (TTY: 711) Pharmacy Member Services: 1-866-494-3927 (TTY: 711) Pharmacy Technical Support: 1-866-693-4620			
Submit Medical Claims to: GlobalHealth Claims Department P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101 EDI Payor ID: GHOKC0001			
Pharmacy Claims: CVS Caremark, P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066			

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de identificación de miembro, llame a Servicio al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de proveedores* se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los proveedores de equipos médicos duraderos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si usted se encuentra en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente 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 Generations Chronic Care (HMO C-SNP) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

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

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicio al Cliente. Las copias impresas del *Directorio de proveedores* solicitadas serán enviadas por correo dentro de los tres días hábiles.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

En el *Directorio de farmacias*, www.globalhealth.com, se incluyen las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. En el *Directorio de farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias en nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores a los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de nuestra red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicio al Cliente. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web en www.globalhealth.com. Puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir información actualizada sobre las modificaciones de la red de farmacias.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Enumera los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

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

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.globalhealth.com) o llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Suma de ajuste mensual conforme a los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Las primas de la Parte B y D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, en su copia del manual *Medicare y Usted 2025*, revise la sección denominada *Costos de Medicare 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare**

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 Multa por inscripción tardía a la Parte D

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

Cuando usted se inscribe por primera vez en Generations Chronic Care (HMO C-SNP), le informamos la suma de la multa.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, por ejemplo, su anterior empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- **Nota:** Cualquier aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Nota:** Lo que se detalla a continuación no forma parte de una cobertura para medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si usted no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más después de reunir los requisitos para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, esta suma promedio de la prima fue de \$34.70. Esta suma puede ser modificada para 2025.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$34.70, lo que equivale a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro**Sección 4.4 Suma Ajustada Mensual Relacionada con los Ingresos**

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como suma de ajuste mensual conforme a los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, según se indica en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace dos años. Si esta suma es superior a una cantidad determinada, pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información acerca de la suma adicional que podría tener que pagar de acuerdo con sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

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

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, todos los meses pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura del plan de salud o plan de medicamentos por los medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). La factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos que recibe más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que restan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con la suma facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que aparecen en el Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, puede hacerlo de varias maneras**

Existen dos formas en las que puede pagar la multa.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

Opción 1: Pago con cheque

Una vez que reciba su formulario de inscripción, su método de pago se establecerá como factura directa. Si desea cambiar su método de pago en algún momento, comuníquese con Servicio al Cliente para recibir asistencia. Puede pagar la multa por inscripción tardía con cheque o giro postal. Las facturas se le envían directamente a usted todos los meses. Los pagos deben recibirse antes del **5 de cada mes**. Los cheques o giros postales deben ser pagaderos a “GlobalHealth” (Nota: No haga su cheque a nombre de CMS o HHS). Se cobrará una tarifa de \$25.00 por los cheques devueltos. Los pagos se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

GlobalHealth, Inc.
Lockbox 4140
P.O. Box 659506
San Antonio, TX 78265-9506

Opción 2: Deducción de la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social**Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Si decide cambiar la forma de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar a tiempo la multa por inscripción tardía en la Parte D. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda.

Qué hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Debemos recibir su multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina a más tardar el **día 5 de cada mes**.

Si tiene problemas para pagar puntualmente su multa por inscripción tardía en la Parte D, en caso de adeudarla, comuníquese con Servicio al Cliente para saber si podemos recomendarle programas que le ayuden con los costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que tenga que comenzar a pagarla. 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 en la Parte D y se vuelve elegible para obtener la “Ayuda Adicional” durante el año, usted podría dejar de pagar la multa.

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- Si pierde la “Ayuda Adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de su membresía al plan

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción, e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de miembro para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y las sumas de costo compartido para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamación por responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Si se le ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Otro seguro

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

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o su pareja de hecho siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)

CAPÍTULO 1 Inicio como miembro

- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturación o consultas sobre la tarjeta de identificación de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-2960
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Cómo contactarnos para consultar 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 sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones referentes a su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5398
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2840 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5294
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-494-3927 (TTY: 711)

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeals P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5294
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-494-3927 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-5294
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos el reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	<u>Reclamaciones médicas</u> : 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
	Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). <u>Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:</u> 1-866-494-3927 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 <u>Reclamaciones médicas:</u> Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). <u>Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:</u> Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	<u>Reclamaciones médicas:</u> 405-609-6354 <u>Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:</u> 1-855-230-5549
ESCRIBA A	<u>Reclamaciones médicas:</u> GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101 <u>Reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D:</u> CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.globalhealth.com

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En ella, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. En el sitio web de Medicare, también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de requisitos para participar en Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Localizador de planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP): • Envíe su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
	llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP se llama Senior Health Insurance Counseling Program.

Senior Health Insurance Counseling Program es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Senior Health Insurance Counseling Program (Oklahoma SHIP): información de contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Senior Health Insurance Counseling Program (Oklahoma SHIP): información de contacto
SITIO WEB	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad

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

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que analizan y ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

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

Método	Acentra Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma): información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y días festivos: de 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o personas con discapacidades o

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Enfermedad Renal en Etapa Terminal y que cumplen ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

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

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

Método	Seguro Social: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de dicho programa, como las primas. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

- **Individuo calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos con discapacidades y empleados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con SoonerCare (Medicaid).

Método	SoonerCare (Programa de Medicaid de Oklahoma): información de contacto
LLAME AL	1-800-987-7767 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	711
ESCRIBA A	SoonerCare Oklahoma Health Care Authority 4345 N Lincoln Blvd Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	https://oklahoma.gov/ohca/

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

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>), se brinda información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

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

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

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

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Si considera que califica para recibir “Ayuda Adicional” y cree que está pagando una suma de costo compartido incorrecta por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener pruebas del nivel de copago correspondiente o, si ya tiene esas pruebas, para proporcionárnoslas.

- Comuníquese con Servicio al Cliente para solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible y para proporcionar esta evidencia. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su “Ayuda Adicional” trabajando con Medicare para verificar su elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional”.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por la suma del excedente o la descontaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las 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), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido en medicamentos recetados a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluyendo la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripciones local de ADAP para que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636.

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes**Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica**

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados en base a las necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura a sus miembros. En Oklahoma, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es RX for Oklahoma.

Método	RX for Oklahoma (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Oklahoma): información de contacto
LLAME AL	1-877-794-6552 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes
ESCRIBA A	Oklahoma Department of Commerce 900 N Stiles Ave Oklahoma City, OK 73104
SITIO WEB	https://www.okcommerce.gov/rx-for-oklahoma-prescription-assistance/

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos y puede ayudarle a administrar los gastos para los medicamentos repartíéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni a reducir sus gastos de medicamentos.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda brindada por su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y su Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), para quienes califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada en su caso.

Método	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) El Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
FAX	405-280-2960
ESCRIBA A	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda Automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 2 Números telefónicos y recursos importantes

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

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

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 1 Conceptos que debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

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

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de beneficios en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

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

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

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

Como plan de seguro de salud de Medicare, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este gráfico está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de poder utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina darle a usted una remisión. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que, según lo exige Medicare, debe ser cubierta por nuestro plan, pero nuestra red no cuenta con especialistas que la proporcionen, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro la red. Se debe obtener autorización del plan antes de solicitar atención. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal en un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o usted no pueda tener acceso al proveedor de manera temporal. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible de forma temporal y usted decide obtener los 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 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinde y supervise su atención médica

Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP).

Su PCP no solo brindará servicios básicos y de rutina, sino que también coordinará otros cuidados que pueda necesitar a través de remisiones y autorizaciones previas. Su PCP puede ser un médico de cabecera, de medicina general o de medicina interna que participa en nuestra red.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de proveedores*, que puede encontrar en www.globalhealth.com o comunicarse con Servicio al Cliente a fin de obtener ayuda para seleccionar un PCP. Solo puede elegir un PCP que acepte pacientes nuevos. Si no elige un PCP al inscribirse, se le asignará uno.

Cómo cambiar su PCP

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

Para cambiar su PCP, llame a Servicio al Cliente. Se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de identificación de miembro en la que se muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. También puede cambiar su PCP iniciando sesión en su portal para miembros. El Portal para miembros se puede encontrar en www.globalhealth.com. Para obtener ayuda, llame a Servicio al Cliente y ellos lo ayudarán. **El cambio se realizará el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.**

Asegúrese de informar a Servicio al Cliente si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica domiciliaria y equipo médico duradero). Lo ayudaremos a asegurarse de que tiene las remisiones y las autorizaciones previas necesarias para continuar con los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede usted recibir sin una remisión de su PCP?
--

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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos urgentemente cubiertos por el plan, es decir, servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre y cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicio al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.
- Visitas al consultorio del especialista, siempre y cuando vaya a un proveedor de la red. El especialista solicitará la aprobación previa de cualquier prueba o tratamiento, como pruebas de diagnóstico especializadas, terapia o cirugía ambulatoria.
- Atención preventiva, siempre y cuando la obtenga de proveedores de la red.
- Visitas al consultorio de terapia individual o grupal de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que las reciba de proveedores de la red de Carelon Behavioral Health. El terapeuta solicitará la aprobación previa para cualquier prueba o tratamiento.
- Anteojos y exámenes de la vista de rutina, siempre que los obtenga de proveedores de la red de EyeMed.
- Audífonos y evaluaciones para audífonos, siempre que obtenga estos servicios de proveedores de la red de NationsBenefits.
- Transporte que no sea de emergencia, siempre que lo organice a través de RoundTrip.
- Planificación anticipada de la atención, siempre que la obtenga de Vital Decisions.
- Uso del beneficio de Smart Wallet, siempre que siga las reglas de la tarjeta.
- Servicios de apoyo de atención médica domiciliaria, siempre que los obtenga de Papa Pals.
- Asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, siempre que lo obtenga de Carenet Health.
- Servicios dentales preventivos e integrales complementarios, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red de DentaQuest.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red**

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

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

Remisiones

Por lo general, primero consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Puede consultar a cualquier especialista de la red sin una remisión, pero cuando su PCP o especialista considere que necesita pruebas de diagnóstico o tratamiento especializados (como terapia o cirugía ambulatoria), le dará una remisión para esa atención.

Autorización previa

Se requiere autorización previa de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) antes de la cita para casi todas las pruebas o tratamientos realizados fuera de una visita al consultorio. Cuando su médico nos envía una remisión, nuestro equipo de enfermeros y médicos la revisa. Le notificaremos a su médico y a usted sobre nuestra decisión. En la mayoría de los casos, los servicios se dirigirán a proveedores dentro de la red. Si no tiene una autorización previa por escrito antes de recibir los servicios que la requieren, es probable que tenga que hacerse cargo del pago de estos servicios. Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento se retira de nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado ese proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado al que pueda acceder para recibir atención continua.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si actualmente se está sometiendo a un tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesarios que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se necesita autorización previa para su atención.
- Si se entera que su médico o especialista se retira del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención de un proveedor de la red. La atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, excepto en las siguientes situaciones:

- Servicios de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si autorizamos una remisión a un proveedor fuera de la red, como se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Comuníquese con Atención al Cliente antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre**Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica****Definición de emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica**

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Nuestro número de teléfono se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro del plan.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

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

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- – o – la atención adicional que usted recibe se considera como servicios requeridos urgentemente, y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente**Definición de servicios requeridos urgentemente**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente, ya sea que usted se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera temporal o no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal.

Siempre debe intentar obtener servicios requeridos urgentemente de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran accesibles o no están disponibles provisoriamente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red.

- Si la necesidad de atención urgente se produce durante el horario de atención habitual de su PCP, llame a su PCP para recibir indicaciones.
- Si la necesidad de atención urgente se produce después del horario de atención o si no puede comunicarse con su PCP, vaya a un centro de atención de urgencias de la red que figure en nuestro *Directorio de proveedores*. Si desea encontrar el *Directorio de proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web www.globalhealth.com.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted crea que su situación es una emergencia y que viajar o esperar hasta que usted esté en su casa no sería seguro para su afección médica.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.globalhealth.com para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido que paga dentro de la red. Si no puede utilizar

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

una farmacia de la red durante un desastre, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 Cómo proceder si recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios

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

Si pagó una suma mayor que el costo compartido de su plan correspondiente a los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), para obtener más información sobre lo que debe hacer.

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

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también pagará el costo total por cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los pagos por los costos de los servicios que superen los límites específicos de los beneficios no se aplicarán al máximo de gastos de bolsillo anual.

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

Sección 5.1 Definición de estudio de investigación clínica

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

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos a cargo de este. Puede participar en el estudio siempre

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

que reúna los requisitos para el estudio y comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si no informa que está participando en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó una suma mayor, por ejemplo, si ya pagó la suma 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 presentar la documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto para afiliados de Medicare Advantage de Original Medicare, le animamos a que nos comunique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y el costo compartido dentro de la red que paga como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la suma del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

En el siguiente ejemplo, se explica el funcionamiento de los costos compartidos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. A continuación, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. Entonces, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma suma que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios gratuitos normalmente brindados por los patrocinadores de la investigación a cualquier persona inscrita en el ensayo.

Más información

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando 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). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

Una institución no médica religiosa de atención médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

Sección 6.2 Obtener Atención Médica en una Institución Religiosa de Salud No Médica

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

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

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada;
 - – y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

El costo compartido y los límites de cobertura para pacientes internados de Medicare se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica de atención de la salud. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

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

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

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), en general, usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado (DME), independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan; incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame a Atención al cliente para obtener más información.

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

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

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

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona Generations Chronic Care (HMO C-SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por quedarse con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le exige pagar los copagos de los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

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

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

En este capítulo encontrará una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y le indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

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

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

- Un **copago** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

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

Sección 1.2 ¿Cuál es la suma máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y B de Medicare?

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad total que debe pagar de bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina suma máxima de gastos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta suma es **\$3,450**.

Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de gastos de bolsillo. Las sumas que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la suma máxima de gastos de bolsillo de **\$3,450**, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo**

Como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), una medida de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma correspondiente del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios de emergencia o requeridos urgentemente).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, servicios de emergencia, fuera del área de servicio o requeridos urgentemente).
- Si usted cree que un proveedor ha realizado una facturación de saldo en su caso, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Usar la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición de un mínimo de 90 días; durante este tiempo, es posible que el nuevo plan MA no requiera autorización previa para ningún plan de tratamiento activo incluso si fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea una atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle a usted una remisión.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con negrita. Además, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Remisiones a cualquier proveedor fuera de la red.
 - Servicios que son beneficios cubiertos, pero realizados por el médico fuera de su consultorio.
 - Cualquier otro servicio que no esté específicamente enumerado en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un plan de tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea médicamente razonable y necesaria a fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que lo trata.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de algún servicio durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si usted está dentro del período de un mes considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan y sus montos de costos compartidos no cambian durante este período.

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos.
 - Diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular
 - Debido a que las afecciones crónicas enumeradas son un requisito para la inscripción, no necesita hacer nada más a fin de calificar para recibir beneficios complementarios especiales destinados a pacientes con enfermedades crónicas
- Consulte *Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas* en la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros a fin de averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, miembro del personal de enfermería especializado o especialista en enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga \$20 de copago por la acupuntura cubierta por

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), miembros del personal de enfermería profesional (nurse practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (tal como se indica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42	Medicare para servicios de dolor lumbar crónico. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una situación que no sea de emergencia, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga el 20% del costo total de la ambulancia aérea cubierta por Medicare por viaje de ida. Usted paga \$240 de copago por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida. Si lo admiten en el hospital, no tiene que pagar el copago o el coseguro de los servicios de ambulancia. Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.
Examen físico anual • Examen del corazón, de los pulmones, del abdomen y de los sistemas neurológicos • Examen práctico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) • Antecedentes médicos/familiares detallados • Limitado a un examen por año además de la visita preventiva anual Debe realizarse en el consultorio de su PCP. Contáctese con su PCP para programar una cita.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
 Visita preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<i>Bienvenida a Medicare.</i> Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para visitas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
 Mediciones de masa ósea Para pacientes que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. • Mamografías 2D o 3D cubiertas por Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios de rehabilitación cardíaca o los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
 Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
 Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare. Debe realizarse pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con su PCP o con un obstetra/ginecólogo de la red. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted paga \$20 de copago por visita para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico de cáncer colorrectal	Usted paga \$175 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$225 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Si es ingresado en el nivel de atención agudo para pacientes internados después de una cirugía para pacientes ambulatorios o una cirugía ambulatoria, no tiene que pagar el copago de cirugía ambulatoria ni la cirugía ambulatoria.
 Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Servicios dentales: integrales • Servicios dentales: preventivos	Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios dentales cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
*Servicios dentales: integrales • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia, removible • Prótesis maxilofacial • Prostodoncia, fija • Cirugía oral y maxilofacial • Servicios generales complementarios Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte la tabla al final de esta sección. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	Servicios de restauración: • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los empastes. • Usted paga un 20% del costo total por otros servicios de restauración. Endodoncias: • Usted paga un 20% del costo total por endodoncia. Periodoncia: • No se aplica coseguro, copago ni deducible para limpiezas periodontales. Consulte “Servicios dentales: preventivos”. • Usted paga un 20% del costo total por otras periodoncias. Prostodoncia, removible • Usted paga un 20% del costo total por prostodoncia. Prótesis maxilofacial • Usted paga un 20% del costo total por prótesis maxilofacial. Prostodoncia, fija • Usted paga un 20% del costo total por prostodoncia. Cirugía oral y maxilofacial

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	• Usted paga un 20% del costo total por cirugía bucal y maxilofacial. Servicios generales complementarios • No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios generales complementarios. Solo pagaremos hasta un total de \$2,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Los coseguros que paga por los servicios dentales suplementarios en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
*Servicios dentales: preventivos • Limpieza • Radiografías dentales • Exámenes orales • Tratamiento con flúor Para conocer los códigos dentales cubiertos y las limitaciones específicas, consulte la tabla al final de esta sección. Si desea obtener ayuda para encontrar un dentista dentro de la red o si necesita más información sobre estos servicios cubiertos, llame a DentaQuest al 1-833-955-3423 (TTY: 1-800-466-7566), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios dentales preventivos. Solo pagaremos hasta un total de \$2,000 por los servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de examen de detección de depresión. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de dermatología Cubrimos los servicios y el tratamiento que habitualmente se brindan en una visita al consultorio.	Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios de dermatología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos otros servicios.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para dos pruebas de detección de diabetes como máximo cada 12 meses después de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
 Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros para pruebas cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Suministros para controlar la glucosa en sangre: Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. ◦ Estas son las únicas marcas cubiertas de medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas estándar: ACCU-CHEK® fabricado por Roche o ONETOUGH® fabricado por LifeScan. ◦ Esta es la única marca cubierta de medidores de control continuo de la glucosa (límite de 1 en 365 días) y suministros: Dexcom®. ◦ Generations Chronic Care (HMO C-SNP) cubre cualquier medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas especificadas en la lista de marcas preferidas anterior. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) y está usando una marca de medidor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le dé una remisión para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor 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 apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene algún problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).	Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Para las personas con diabetes con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y también la Sección 3 del Capítulo 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.globalhealth.com.	Usted paga el 20% del costo total por los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Sus costos compartidos correspondientes a la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es el 20% del costo total, todos los meses. Después de 36 meses de estar inscrito en Generations Chronic Care (HMO C-SNP), su costo compartido cambiará a 0% de coseguro para los concentradores. Si utiliza tanques de oxígeno o cilindros que necesitan suministro de oxígeno, pagará el 20% del monto aprobado por Medicare para estas entregas. Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible por los equipos médicos duraderos cubiertos por

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Medicare proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Puede que se requiera autorización previa.
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga \$90 de copago por visita para todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
*Atención médica de emergencia: cobertura a nivel mundial • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos.	Usted paga \$90 de copago por visita para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o requeridos urgentemente (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Los copagos que paga por los servicios de emergencia en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Los miembros tienen acceso a los gimnasios junto con el personal de apoyo, incluido lo siguiente: • Instructores y asesores de acondicionamiento físico en gimnasios. • Biblioteca de videos a pedido de acondicionamiento físico en el hogar. • Varias opciones de kits de acondicionamiento físico en el hogar con opciones de dispositivos de acondicionamiento físico inalámbricos portátiles • Clases en línea • Clases educativas sobre envejecimiento saludable • Una aplicación móvil. El objetivo del beneficio es alentar a los miembros a perder peso, reducir las caídas y a que estén más saludables o conserven su salud. No se requiere remisión ni autorización previa para los beneficios de gimnasios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una membresía anual. Los montos que usted paga por un entrenador personal o un gimnasio que no sea un gimnasio estándar de la red no cuentan para la suma máxima de gastos de bolsillo.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Para obtener más información, registrarse sin costo o encontrar gimnasios, visite www.globalhealth.com .	
Servicios de audición Exámenes auditivos y de equilibrio de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de diagnóstico auditivas y de equilibrio realizadas por PCP cubiertas por Medicare. Usted paga \$20 de copago por visita para exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.
Servicios de audición: *audífonos • Audífonos. • El ajuste y la evaluación de audífonos se limitan a 1 vez por año. *Las compras de audífonos incluyen: • Tres visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha inicial de colocación • Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación • 60 baterías por año, por audífono (suministro para 3 años) • Tres años de garantía para reparaciones por parte del fabricante • Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (puede aplicarse un deducible por audífono) NationsBenefits ofrece una amplia selección de audífonos de todos los principales fabricantes. Comuníquese con 1-877-241-4736 (TTY: 711) para obtener más información sobre su beneficio de audífonos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para audífonos y servicios de audición. Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por aparatos auditivos por año para ambos oídos combinados. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
Servicios de audición: evaluaciones de audición de rutina • Limitado a 1 evaluación para determinar la necesidad de audífonos cada año	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de aparatos auditivos.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711) para programar una cita de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	Debe obtener su examen de aparatos auditivos, audífonos y ajustes de un proveedor de NationsBenefits. Otros servicios de audición no están cubiertos durante esta evaluación.
Servicios de audición: examen de audición de rutina Limitado a 1 examen por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen auditivo de rutina. Debe obtener su examen auditivo de un proveedor de GlobalHealth. Los servicios médicos que no son de rutina proporcionados durante la visita pueden requerir un copago.
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las visitas médicas a domicilio cubiertas por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No hay costos compartidos para los servicios de atención médica

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de asistente de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (para tener cobertura bajo el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistente de atención médica domiciliaria y de enfermería especializada que recibe deben ser, en total, inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	domiciliaria y los artículos proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Sin embargo, los costos compartidos aplicables que se indica en otra parte de la Tabla de beneficios médicos se aplicarán si el artículo no es proporcionado por una agencia de atención médica domiciliaria. Puede que se requiera autorización previa.
Terapia de infusiones en el hogar La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa.
*Servicios de apoyo en el hogar (Papa Pals) Los servicios cubiertos incluyen: • Tareas domésticas livianas, como preparación de comidas, organización, lavandería	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de apoyo en el hogar.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Asistencia técnica, como la configuración de teléfonos o computadoras personales, asistencia con las citas de telesalud • Transporte hacia y desde las citas con el médico, las compras de comestibles u otras tareas • Visitas virtuales vía telefónica Los servicios de Papa Pals (amigos) se proporcionan hasta 60 horas por año, con un mínimo de una hora por visita. Las visitas están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. horario local, excepto los días de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo. Para programar los servicios, llame al 1-855-485-9692 (TTY: 711) de 8 a.m. a 10 p.m., los 7 días de la semana. La llamada inicial incluirá una evaluación para encontrar a su “amigo” que se ajuste a sus intereses y necesidades. Es posible que se requiera programar una visita con 72 horas de anticipación. Papa Pals se somete a verificaciones de antecedentes, verificaciones de registros de vehículos motorizados y participa en capacitación y educación continuas. Papa Pals no está certificado para ofrecer apoyo con las actividades cotidianas, como alimentarse, ir al baño o vestirse.	*Cualquier monto que pague por las visitas de apoyo en el hogar que sea superior al límite de horas no cuenta para la suma máxima de gastos de bolsillo.
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, es Original Medicare el que efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, y no Generations Chronic Care (HMO C-SNP). No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de consultas de cuidados paliativos.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para servicios en centros de cuidado paliativo, servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y servicios que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga la suma correspondiente del costo compartido del plan por servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “Pago por cada servicio” de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios que están cubiertos por Generations Chronic Care (HMO C-SNP), pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> Generations Chronic Care (HMO C-SNP) seguirá cubriendo	

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>). Nota: Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 6, Sección 8.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre hasta 190 días para una internación en hospital por admisión. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 190 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 190 días por admisión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Por cada internación cubierta por Medicare: • Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. Se cobra un costo compartido por cada internación en el hospital. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si es ingresado al hospital en 2024 y no es dado de alta hasta algún momento del 2025, el costo compartido de 2024 se aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Generations Chronic Care (HMO C-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos Nota: Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Por cada internación cubierta por Medicare:

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren internación en hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días para una internación por admisión. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por admisión.	• Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. • No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. Se cobra un costo compartido por cada internación en el hospital. Los copagos por servicios hospitalarios se aplican en la fecha de admisión. Nota: Si es ingresado al hospital en 2024 y no es dado de alta hasta algún momento del 2025, el costo compartido de 2024 se aplicará a ese ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria o le transfieran a un centro de enfermería especializada. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Excepto en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su situación de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación no cubierta Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni	Usted paga los mismos copagos o coseguros por los servicios tal como se detallan en otra parte de esta tabla de beneficios.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted paga el 100% de los cargos del centro por una internación no cubierta en un hospital o un SNF. Su copago o coseguro por servicios ambulatorios aplicables se aplica a los servicios y suministros cubiertos por Medicare que recibe durante una internación no cubierta en un hospital o un SNF. Consulte los servicios para pacientes ambulatorios en otra parte de esta tabla para conocer los costos. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
*Beneficio de alimentos Cubrimos las comidas para los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, SNF o rehabilitación para pacientes internados). Las internaciones de pacientes ambulatorios en un hospital no cuentan; usted debe ser admitido como paciente internado (si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital). Limitado a 2 comidas por día durante 7 días, para un total de 14 comidas, hasta 4 vez por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de alimentos. Es posible que se requiera una remisión.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
 Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria.	Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Para quimioterapia/radiación: Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamente necesaria). • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos del medicamento, es posible que necesite hacerse exámenes y pruebas antes del tratamiento, o durante este, que podrían sumarse a sus costos totales. Hable con su médico para saber qué exámenes y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos en caso de trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos en caso de trasplante si pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento que recibe los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores en caso de que la Parte B no los cubra • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser el mismo paciente) los administra bajo supervisión apropiada.	cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej. un medicamento de marca) según la fecha del servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia. Para insulina: Usted paga hasta el 20% del costo total. No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B. Esto se aplica a la insulina que se utiliza en una bomba de insulina. Puede que se requiera autorización previa. Para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen en una farmacia de la red, se aplica un coseguro al costo real del plan de salud, lo que refleja la tarifa de

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se divide en el mismo ingrediente activo que tiene el medicamento inyectable) de dicho medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer se vuelven disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Antieméticos orales: Medicare cubre los antieméticos orales que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico para el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante o dentro de las 48 horas de este tratamiento, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un antiemético intravenoso. • Ciertos medicamentos orales para la insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Calcimiméticos conforme al sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita el medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:	dispensación y precio del administrador del beneficio de farmacia. Tanto la tarifa de dispensación como el precio varían según el medicamento y según la comparación de medicamento de marca y genérico. Es posible que también varíe según el tipo de farmacia que expende el medicamento (p. ej., de atención a largo plazo o minorista). Para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare que se obtienen de un médico, el coseguro se aplica al cuadro de tarifas de Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
https://www.globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies/#medicare. También cubrimos algunas vacunas según la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	
Línea de enfermería Un profesional de enfermería está disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros pueden llamar cuando tengan preguntas sobre problemas relacionados con la salud, como síntomas que están experimentando o si deben consultar a un médico o ir a un hospital. Llame al 1-800-554-9371 (TTY: 711).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las llamadas a la Línea de enfermería.
 Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios de programas para tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento de opioides certificados cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para tratamientos asistidos por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento para trastorno por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas Para obtener ayuda para encontrar un programa de tratamiento de opioides certificado, comuníquese con Carelon Behavioral Health al 1-888-434-9202 (TTY: 711), de 7 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.	
Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	No hay coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. Usted paga \$50 de copago por visita para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros quirúrgicos implantados quirúrgicamente, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga el 20% del costo total para los suministros quirúrgicos, férulas, yesos y

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	otros dispositivos externos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de sangre cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para pruebas de diagnóstico ambulatorias simples cubiertas por Medicare, como ultrasonido, electrocardiograma (ECG o EKG), electroencefalograma (EEG), mamografía o prueba de esfuerzo en caminadora. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para estudios del sueño en el hogar. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$100 de copago por visita para estudios del sueño en un centro para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Usted paga \$175 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un PCP, consultorio de un especialista, centro de atención de urgencias o centro radiológico preferido (no hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP. Usted paga \$225 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en centro radiológico no preferido (hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta.	Usted paga \$225 de copago por visita para servicios de observación cubiertos por Medicare. Si lo pasan de observación al nivel de atención aguda con

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes del costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	internación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación y se aplica el costo compartido de los servicios agudos para pacientes internados. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Usted paga \$90 de copago por visita para todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita. Si lo ingresan al hospital como paciente internado o como paciente ambulatorio en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas correspondientes del costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Si recibe servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta o debe recibir su atención durante la hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Usted paga \$225 de copago por visita para servicios de observación cubiertos por Medicare. Si lo pasan de observación al nivel de atención aguda con internación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación y se aplica el costo compartido de los servicios agudos para pacientes internados. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$225 de copago por visita para servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Si lo pasan de observación o de cirugía ambulatoria al nivel de atención aguda con internación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación o cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted paga \$175 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en un PCP, consultorio de un especialista, centro de atención de urgencias o centro radiológico preferido (no hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa, excepto en el consultorio del PCP. Usted paga \$225 de copago por visita para pruebas de diagnóstico complejas para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare, como resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones,

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	electromiografía o prueba de esfuerzo nuclear en centro radiológico no preferido (hospitalario). Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$40 de copago por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los suministros quirúrgicos implantados quirúrgicamente, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga el 20% del costo total para los suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos externos cubiertos por Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga \$20 de copago por visita para servicios de oxígeno hiperbárico cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$20 de copago por visita para el cuidado de heridas cubierto por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta licenciado en familia y matrimonios (licensed marriage and family therapist, LMFT), miembro del personal de enfermería especializado (NA), asistente médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	Usted paga \$20 de copago por visita para las sesiones individuales o de grupo cubiertas por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación y/o asesoramiento. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Usted paga \$20 de copago por visita para terapia ocupacional, fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	en el hogar cubiertos por Medicare a través de una agencia de atención médica domiciliaria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen sesiones de asesoramiento sobre dependencia química individuales o grupales y servicios de telesalud proporcionados por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta licenciado en familia y matrimonios (licensed marriage and family therapist, LMFT), personal de enfermería profesional (NA), asistente médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado. Servicios de administración de medicamentos y terapia prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado.	Usted paga \$20 de copago por visita para las sesiones individuales o de grupo cubiertas por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación y/o asesoramiento. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios.
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.	Usted paga \$175 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga \$225 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Si es ingresado en el nivel de atención agudo para pacientes

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	internados después de una cirugía para pacientes ambulatorios o una cirugía ambulatoria, no tiene que pagar el copago de cirugía ambulatoria ni la cirugía ambulatoria.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la internación en el hospital. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	Usted paga \$40 de copago por día para los servicios del programa de hospitalización parcial o los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
Sistema personal de respuesta ante emergencias • Un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias • Servicio de monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana Comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana para comenzar.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias o el servicio de monitoreo.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen exámenes preventivos, consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de su PCP. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o consulta por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Llame a su PCP para programar una cita de telesalud. Su PCP puede proporcionar servicios en línea o por teléfono. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación	<u>Visitas al consultorio del PCP:</u> No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare durante una consulta de telesalud. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para ver a un asistente médico, miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de su PCP. No se aplica coseguro, copago ni deducible para obtener servicios de telesalud. <u>Servicios de especialistas:</u> <u>Visita al consultorio</u> Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a sus primeras consultas de telesalud. ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, <u>en los siguientes casos</u>: ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas <u>en los siguientes casos</u>: ◦ si no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos otros servicios. Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos otros servicios. Las visitas en otras ubicaciones durante las estadías cubiertas por Medicare están incluidas en los costos compartidos para esos servicios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Monitoreo remoto Usted paga \$20 de copago una vez al 30 días por servicios de monitoreo recomotos cubiertos por Medicare, según los lineamientos de cobertura. Puede que se requiera autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)	Telesalud Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios de especialistas cubiertos por Medicare durante una consulta de telesalud. Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio o consulta de telesalud para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. <u>Visitas al consultorio para atención preventiva:</u> Un servicio de atención preventiva no tendrá un copago. Sin embargo, si usted es tratado o controlado por una afección médica existente durante la misma visita, se aplicará el costo compartido. <u>Pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios:</u> Usted paga \$175 de copago aparte por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC), electromiografía, prueba de esfuerzo nuclear y tomografía por emisión de positrones (TEP). Es posible que se requiera remisión y autorización previa

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	en el consultorio de un especialista. <u>Medicamentos de la Parte B:</u> Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. <u>Atención dental que no es de rutina:</u> Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios dentales cubiertos por Medicare.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolón en el talón) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios de podología cubiertos por Medicare. No se requiere remisión ni autorización previa para las visitas de evaluación. Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos otros servicios.
*Servicios de podología: cuidado de los pies de rutina adicional • Tratamiento del pie que generalmente se considera preventivo (es decir, corte o extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas).	Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio para servicios de podología no cubiertos por Medicare.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Se limita a 6 visitas por año	Es posible que se requiera remisión y autorización previa para algunos servicios. *Las sumas que paga por los servicios adicionales de cuidado de los pies de rutina no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. Debe realizarse la prueba de detección de cáncer de próstata con su PCP. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: pruebas, adaptación o capacitación sobre el uso de dispositivos protésicos y ortóticos, como así también bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de la colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortóticos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortóticos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte <i>Cuidado para la</i>	No se aplica coseguro, copago o deducible por dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente y suministros médicos relacionados. Puede que se requiera autorización previa. Usted paga el 20% del costo total por dispositivos protésicos externos y suministros médicos relacionados. Puede que se requiera autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<i>vista</i> más adelante en esta sección para obtener más información.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol de forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol de forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
 Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, a quienes un médico o profesional no médico calificado les recete una LDCT durante el asesoramiento de una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No se debe abonar coseguro, copago ni deducible en las consultas de asesoramiento y de toma de decisión compartida cubiertas por Medicare, como así tampoco para la LDCT. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<i>Para un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT después de una LDCT previa:</i> el miembro debe recibir una orden para la LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier visita adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida para la realización posterior de exámenes preventivos de cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare correspondientes.	
 Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los servicios de educación sobre la

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda tener acceso de manera temporal) • Tratamientos de diálisis en pacientes internados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la Sección <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.	enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluido el entrenamiento de autodiálisis. Usted paga el 20% del costo total por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare en un centro para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Sin cargo adicional para el tratamiento de diálisis como paciente internado. Consulte <i>Atención hospitalaria para pacientes internados</i> en esta Tabla de beneficios médicos para conocer el costo compartido. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de autodiálisis o de apoyo domiciliario cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga el costo compartido de atención de la agencia de atención médica domiciliaria para el equipo de diálisis en el hogar, si lo proporciona una agencia de atención médica domiciliaria. De lo contrario, usted paga el costo compartido del equipo médico duradero.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Es posible que se requiera remisión y autorización previa. Usted paga hasta el 20% del costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada. Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa.
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). No es necesaria una internación previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre (incluidas la conservación y administración). Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF	Para internaciones en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios: • No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 1 a 20. • Usted paga \$184 de copago por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el día en que es ingresado como paciente internado o en un SNF y finaliza cuando no ha recibido atención durante una hospitalización o en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de médicos/proveedores médicos En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar los costos compartidos dentro de la red correspondientes a un centro que no es proveedor del plan, si dicho centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	Es posible que se requiera remisión y autorización previa.
*Beneficio de Smart Wallet • La suma del beneficio de Smart Wallet se carga cada período nuevo. • Los saldos no utilizados se transfieren al siguiente período y vencen al final del año. • Suma de beneficios combinados para servicios y dispositivos dentales, de audición y de la vista, como así también artículos y productos de venta libre, alimentos y productos agrícolas, y gasolina. • Servicios dentales, de audición y de la vista: ◦ Es independiente de otros beneficios para estos servicios o dispositivos que aparecen en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos. ◦ Se puede utilizar para cualquier servicio o dispositivo, incluidos los artículos no cubiertos, como implantes dentales o anteojos de sol recetados, o para copagos de las visitas o coseguros de los servicios. ◦ Se puede utilizar en cualquier ubicación designada para brindar estos servicios o dispositivos, como consultorios dentales, oftalmológicos o auditivos o tiendas de anteojos. • Beneficio de venta libre, incluida la terapia de reemplazo de nicotina:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de Smart Wallet. Solo pagaremos hasta un total de \$55 por mes para una combinación de artículos de venta libre, alimentos y productos agrícolas, compras de gasolina y servicios y dispositivos dentales, auditivos y de la vista. Usted paga la suma que supere este beneficio. *Cualquier monto que pague que sea superior al beneficio del plan no cuenta para la suma máxima de gastos de bolsillo.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
◦ Los artículos pueden adquirir a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. ◦ Se aplican restricciones. • Alimentos y productos agrícolas ◦ Gaste en alimentos nutritivos a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas. ◦ Se aplican restricciones. • Ayuda para gasolina: ◦ La gasolina se debe pagar en la bomba; no se puede pagar dentro de la tienda a menos que se le indique hacerlo. ◦ No se pueden comprar artículos que no sean gasolina. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.globalhealth.com. Si tiene preguntas, comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.	<u>Sin síntomas:</u> No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago. <u>Con síntomas:</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare proporcionados por su PCP de la red en una visita al consultorio. Usted paga \$20 de copago por visita al consultorio de un

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	especialista, un profesional de salud mental o de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios de la red. Los medicamentos están cubiertos según sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para conocer el costo compartido. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.
*Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas III Si se le diagnostican una o más de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación, puede ser elegible para los beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas. • Diabetes • Insuficiencia cardíaca crónica • Trastornos cardiovasculares Los miembros son elegibles para un beneficio mensual para usar en una combinación de alimentos y productos agrícolas, gasolina o artículos y productos de venta libre. Su asignación se carga en Smart Wallet cada nuevo trimestre. El saldo no utilizado se transfiere al siguiente trimestre y vence al final del año. <u>Alimentos y productos agrícolas</u> • Gaste en alimentos nutritivos en determinadas tiendas minoristas o a través del catálogo en línea. • Se aplican restricciones. • Consulte nuestro sitio web www.globalhealth.com para ver el catálogo. <u>Gasolina</u>	No se aplica coseguro, copago ni deducible. Usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Gaste en gasolina en la bomba. • No se puede utilizar el beneficio de Smart Wallet para pagar dentro de la tienda o comprar artículos que no sean gasolina. <u>Artículos y productos de venta libre</u> • Gaste en productos de salud y bienestar de venta libre a través del catálogo o en determinadas tiendas minoristas, incluida la terapia de reemplazo de nicotina. • Se aplican restricciones. • Consulte nuestro sitio web www.globalhealth.com para ver el catálogo. Si tiene preguntas sobre estos beneficios, comuníquese con NationsBenefits al 1-877-241-4736 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un miembro del personal de enfermería especializado/especialista en enfermería clínica que deben estar entrenados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios SET cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera remisión y autorización previa.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	
*Transporte Transporte terrestre que no sea de emergencia a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan con el fin de obtener atención y servicios en virtud de los beneficios del plan. • Los lugares aprobados por el plan se limitan a: ◦ Visitas al consultorio médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de diálisis, quimioterapia y radioterapia ◦ Visitas hospitalarias para pacientes ambulatorios ◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios ◦ Farmacia • Los viajes están limitados a 36 viajes de ida por año, un viaje de ida y vuelta equivale a 2 viajes de ida • Los viajes están limitados a 50 millas de ida • Es posible que se requieran 48 horas de antelación para programar viajes de rutina • Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años de edad) Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame a Servicio al Cliente. Para solicitar transporte, llame a RoundTrip al 1-877-565-1612 (TTY: 711).	No se aplica coseguro, copago ni deducible. *Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan o que no esté en el área de cobertura no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente, ya sea que usted se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera temporal o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio, no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos.	<u>Visitas de urgencia:</u> Usted paga \$20 de copago por visita para servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare, excepto las pruebas de diagnóstico especializadas, durante la visita.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
El plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal. Los servicios requeridos urgentemente solo están cubiertos dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	<u>Pruebas de diagnóstico especializadas:</u> Usted paga \$175 de copago por pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas, entre otras, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET).
*Servicios requeridos urgentemente: cobertura a nivel mundial • Esto incluye atención de emergencia o requerida urgentemente. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. • No se cubren los tratamientos previamente programados y planificados (incluida la diálisis para una afección en curso si la brinda un proveedor no calificado) ni los procedimientos electivos. • Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos.	Usted paga \$90 de copago por visita para servicios requeridos urgentemente fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o requeridos urgentemente (combinados) fuera de los Estados Unidos. *Las sumas que paga por los servicios requeridos urgentemente en todo el mundo no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.
 Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen:	Usted paga \$20 de copago por visita para exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía) Debe utilizar proveedores de EyeMed para obtener sus anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Debe usar un proveedor de la red de GlobalHealth para todos los demás servicios.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare. Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo marcos o par completo (marcos y lentes).
Cuidado para la vista: examen ocular complementario y anteojos • Un examen ocular de rutina complementario por año para probarse anteojos o lentes de contacto. • *Los anteojos pueden ser: ◦ Pares (marcos y lentes) ◦ Lentes únicamente ◦ Solo marcos • Adaptación para anteojos o lentes de contacto Nota: Las mejoras, como lentes progresivos o el tintado, no están cubiertas. Debe utilizar proveedores de EyeMed para estos servicios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible. Solo pagaremos hasta un total de \$200 por anteojos complementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted paga el monto que excede esta asignación. *Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo de

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	la suma máxima de gastos de bolsillo.
 Visita preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se solicita como resultado de su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . Los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita pueden requerir un copago.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**Beneficios dentales complementarios obligatorios****Asignación máxima anual: \$2,000**

Una vez que se haya agotado la asignación máxima anual, usted deberá pagar los cargos restantes.

Cuando se enumeren varios códigos juntos con un límite, todos los códigos están sujetos a dicho límite.

Es posible que se requiera una remisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Puentes, coronas, incrustaciones y recubrimientos • D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792 o D2794 se limitan a una vez. • D2910, D2915 o D2920 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D2931 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D2940 se limita a una vez por diente de por vida. • D2950, D2951, D2952, D2953 o D2954 una vez por diente por fecha de servicio. • D2980 se limita a una vez por diente por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D2999.	20%
Limpiezas: estándar y periodontales • D1110 y D4346 se limitan a dos cada 12 meses. • D4910 se limita a cuatro cada 12 meses (después de la terapia activa).	\$0
Consulta • D9310 se limita a una vez por fecha de servicio.	\$0

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dentaduras postizas: dentaduras completas, ajustes y reparaciones • D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5282, D5863 o D5864 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5283, D5865 o D5866 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5284 se limita a una vez por fecha de servicio. • D5286 se limita a una vez por fecha de servicio. • D5410, D5411, D5421, D5422 se limitan a dos ajustes por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5511, D5512, D5520 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio. • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio solo después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5710, D5730 o D5750 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5711, D5731 o D5751 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5720, D5740, D5760 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5725 se limita a una por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5721, D5741 o D5761 se limitan a una vez por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5765 se limita a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5810, D5811, D5820, D5821 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5850 o D5851 se limitan junto con una nueva dentadura postiza o después de 60 meses tras la colocación de una nueva dentadura postiza. • D5876, D5899, D5999	20%

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios endodónticos: tratamientos de conducto • D3110 o D3120 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3220 o D3221 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3310, D3320, D3330, D3331, D3346, D3347, D3348, D3410, D3421, D3425, D3426, D3430 se limitan a una vez por diente de por vida. • D3999.	20%
Exámenes: de rutina e integrales • D0120, D0160 o D0170 se limitan a dos cada 12 meses. • D0150 o D0180 se limitan a dos cada 12 meses. • D0140 se limita a dos cada 12 meses.	\$0
Extracciones • D7111, D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251 se limitan a una por diente de por vida.	\$0
Empastes • D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394 o D2990 se limitan a un arreglo por diente, por superficie, una vez en 24 meses.	\$0
Tratamiento con flúor • D1206 o D1208 se limitan a dos cada 12 meses.	\$0
Servicios varios • D9910 se limita a dos por 12 meses. • D9911 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D9930 se limita a una vez por año. • D9932, D9935. • D9950 se limita a uno cada 60 meses. • D9951 se limita a uno cada 12 meses. • D9952 se limita a uno por fecha de servicio. • D9999.	20%
Óxido nítrico y sedación • D9211, D9215, D9222, D9230, D9239 o D9248 se limitan a uno por diente por fecha de servicio. • D9223 o D9243 se limita a 3 por fecha de servicio.	\$0

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cirugía oral • D7260, D7261 se limitan a dos veces por arcada de por vida. • D7284, D7285, D7286. • D7310 o D7311 se limitan a una vez por cuadrante de por vida. • D7320 o D7321 se limitan a una vez por cuadrante de por vida. • D7340, D7350 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7410, D7411, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461. • D7471 se limita a dos por arcada de por vida. • D7472 se limita a una vez de por vida. • D7485, D7473 se limitan a dos de por vida. • D7510, D7520, D7521. • D7511, D7630, D7953. • D7961 o D7963 se limitan a una vez por arcada de por vida. • D7962 se limita a una vez por arcada de por vida. • D7970 se limita a una vez por arcada de por vida. • D7971 se limita a una vez por diente de por vida. • D7999.	20%
Otros servicios de periodoncia: raspado y alisado radicular; desbridamiento de toda la boca • D4210, D4211, D4240, D4241, D4260 o D4261 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio. • D4212 se limita a una vez por diente por fecha de servicio. • D4249 se limita a uno por diente de por vida. • D4341 o D4342 se limitan a una vez por cuadrante por fecha de servicio. • D4355 se limita a uno cada 36 meses. • D4999.	20%
Otros servicios de restauración: recementado, preparación de coronas, carillas, reparaciones • D2915 y D2920 se limita a una vez por diente por fecha de servicio después de 6 meses tras la colocación inicial. • D2940 se limita a una vez por diente de por vida. • D2950 se limita a una vez por diente por fecha de servicio.	20%
Tratamiento paliativo (de emergencia) • D9110.	\$0

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dentaduras postizas: fijas • D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio. • D6253 se limita a una vez por fecha de servicio. • D6545, D6548, D6549, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6783, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793 o D6794 se limitan a una vez por diente por fecha de servicio. • D6920, D6930, D6940, D6980 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D6999.	20%
Dentaduras postizas: extracción parcial, ajustes y reparaciones • D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227 y D5228 se limitan a una vez por fecha de servicio. • D5421, D5422 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio después de 6 meses desde la colocación inicial. • D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650 y D5660 se limitan a una vez por arcada por fecha de servicio. • D5720, D5721, D5725, D5740, D5741, D5760, D5761, D5765 y D6930 se limitan a una vez por fecha de servicio solo después de 6 meses tras la colocación inicial.	20%
Consultas profesionales • D9410, D9420 se limitan a una vez por fecha de servicio.	20%
Teleodontología • D9995 o D9996 se limitan a una vez por fecha de servicio.	\$0

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Radiografías y diagnósticos: de aleta de mordida, panorámica, intraoral • D0210, D0277, D0330 o D0372 se limitan a uno cada 36 meses. • D0220 se limita a uno por fecha de servicio. • D023 se limita a uno por fecha de servicio. • D0240 se limita a dos cada 24 meses. • D0270, D0272, D0273, D0274 o D0373 se limitan a uno cada 12 meses. • D0374 se limita a uno cada 12 meses.	\$0

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

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

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos en ninguna condición y que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

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

CAPÍTULO 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna condición	
Cuidado dental no rutinario		• El cuidado dental requerido para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierto como atención médica ambulatoria o durante hospitalización. • Algunos cuidados dentales no rutinarios pueden estar cubiertos por nuestro beneficio dental integral.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies		• Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de esta. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	No cubiertos en ninguna condición	
Sala privada en un hospital.		• Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las reglas de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Utilización de la cobertura del plan
para los medicamentos recetados
de la Parte D*

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción**

Este capítulo **describe las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para beneficios de medicamentos de Medicare de la Parte B y beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

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

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona que emita recetas) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- La persona que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O bien, puede *surtir sus recetas a través del servicio de pedidos por correo del plan*.
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos Lista de medicamentos para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan**Sección 2.1 Utilizar una farmacia de la red**

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por la Lista de medicamentos del plan.

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.globalhealth.com) o llamar a Servicio al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará cuáles son las farmacias de la red que ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para encontrar más información sobre cómo sus gastos de bolsillo podrían ser diferentes para medicamentos diferentes.

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

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O bien, si la farmacia que utilizaba permanece dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, puede cambiarse a otra farmacia que se encuentre disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio al Cliente o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener esta información ingresando a nuestro sitio web en www.globalhealth.com.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos deberán adquirirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Generalmente, un centro LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, consulte con Servicio al Cliente.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas o del Programa de salud tribal/ indígena/ urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* www.globalhealth.com o llame a Servicio al Cliente.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, inicie sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) al número gratuito del Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-494-3927 (TTY: 711).

Por lo general, los pedidos de las farmacias de pedidos por correo se entregan en un plazo máximo de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé un retraso en el pedido, se le notificará el retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Servicio al Cliente para analizar las opciones, que pueden incluir el suministro en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación de miembro y números de recetas. Si desea que le entreguen sus medicamentos al día siguiente o a los dos días, puede solicitarlo al representante de Servicio al Cliente por un cargo adicional.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarlo primero con usted, si:

- Usted utilizó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o comunicándose con el número gratuito del Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-494-3927 (TTY: 711).

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

Si anteriormente utilizó el servicio de pedido por correo y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o comunicándose con el número gratuito del Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-494-3927 (TTY: 711).

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al número gratuito del Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-494-3927 (TTY: 711).

Resurtido de recetas médicas enviadas por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado ReadyFill at Mail®.

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene medicación suficiente o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de quedarse sin medicamentos. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción en ReadyFill at Mail® que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros, iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o llamando a la línea gratuita del Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-866-494-3927 (TTY: 711).

Si vuelven a surtirle un medicamento automáticamente por correo y lo no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costos compartidos preferidos) a un importe compartido menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten las sumas de costos compartidos más bajas. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Su *Directorio de farmacias* www.globalhealth.com le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan**Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Comuníquese primero con Servicio al Cliente** para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

1. A fin de calificar para el beneficio de reclamaciones de farmacia fuera de la red, debe haber experimentado una de las siguientes situaciones:
 - No es posible acceder de manera oportuna a una farmacia abierta de la red dentro de una distancia razonable en automóvil.
 - El medicamento no está disponible en una farmacia minorista accesible de la red ni en una farmacia de pedidos por correo.
 - El medicamento es dispensado por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras se encuentra en una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro centro de atención urgente para pacientes ambulatorios.
 - Se lo desplaza del lugar de residencia debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública, y no puede obtener razonablemente un medicamento de la Parte D en una farmacia de la red.
 - Obtiene medicamentos de autoadministración proporcionados en un entorno ambulatorio.
2. Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red se limitan a un suministro de un mes, a menos que circunstancias extraordinarias, aprobadas por nuestro director médico, justifiquen suministros adicionales.
3. Las recetas surtidas en farmacias ubicadas fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertas.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que adquiere el medicamento. Usted podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

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

Sección 3.1 La Lista de medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos en forma abreviada **Lista de medicamentos**.

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

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado.
- Cuenta con el apoyo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran medicamentos fuera del formulario para otras. Estos medicamentos estarán identificados en nuestra Lista de medicamentos y en el Buscador de planes de Medicare, junto con las afecciones médicas específicas que se cubren.

La Lista de medicamentos tiene medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman productos biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los productos biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original, y usualmente su costo es menor. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, tal como los medicamentos genéricos pueden reemplazarse por medicamentos de marca.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay cinco categorías de costo compartido para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría 1 de costos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos. La Categoría 1 es la más baja e incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos.
- Categoría 2 de costos compartidos: Medicamentos genéricos. La Categoría 2 incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Categoría 3 de costos compartidos: Medicamentos de marca preferidos. La Categoría 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario.
- Categoría 4 de costos compartidos: Medicamentos no preferidos. La Categoría 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario.
- Categoría 5 de costos compartidos: Medicamentos especializados. La Categoría 5 es la categoría más alta. Contiene medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control estricto. Esta categoría también incluye las insulinas del formulario.

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

La suma que usted paga por los medicamentos en cada categoría de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Existen cuatro maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.globalhealth.com). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicio al Cliente para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.caremark.com o llame al Servicio al Cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para incentivarlo a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o tipos de costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

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

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

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

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

Límites de cantidades

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

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

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

Hay casos en los que un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor consideran que debe tomar, no se encuentra en nuestro formulario o se encuentra con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costo compartido que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto. **Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.**
- **Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que hace que el costo sea mayor del que considera correcto, lea la Sección 5.3 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.**

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?**

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, aquí hay algunas opciones:

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

Usted puede obtener un suministro provisional

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

A fin de ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O debe presentar en este momento algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para miembros que estén en el plan desde hace más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediatamente:**

Cubriremos el suministro de emergencia de un medicamento en particular por 31 días o menos si su receta es por menos días. Se trata de una cobertura adicional, además del suministro provisional que se menciona anteriormente.

- **Para miembros actuales con un cambio en su nivel de atención:**
 - Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro provisional del medicamento. Este suministro provisional (hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre suministros provisionales, llame a Servicio al Cliente.

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado dicho suministro. Tiene dos opciones:

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este podrá brindarle asistencia para formular la solicitud. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado de la Lista de medicamentos o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que emite la receta). 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 el Capítulo 9, Sección 6.4, encontrará más información sobre qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta?

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, podrá hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, consúltelo con el proveedor. Tal vez haya otro medicamento en una categoría de costo compartido menor con el mismo mecanismo de acción. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción.

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4, hay más información sobre lo que se debe hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?**Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año**

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Transferir un medicamento a una categoría de costo compartido mayor o menor.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por la versión genérica.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos mencionados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. En esta sección, se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en algún medicamento que esté tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que lo afecten durante el año actual del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos, y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de esta lista.**

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de esta lista, pasar el medicamento similar a una categoría diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de costo compartido o en una inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.
- Realizaremos estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente e informarle más adelante, incluso si está tomando el medicamento que eliminamos o modificamos. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos, y eliminar o modificar un medicamento similar de esta lista con un aviso por anticipado.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de esta lista, pasarlo a una categoría diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en la misma categoría de costo compartido o en una inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones nuevas de productos biosimilares de un producto biológico que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar los medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquier medicamento que esté tomando, hable con la persona que emite la receta sobre las opciones más adecuadas para usted, como el cambio a otro medicamento para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

las nuevas restricciones del medicamento que esté tomando. Usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos una excepción para continuar con la cobertura del medicamento o de la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante el año actual 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 realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si reclasificamos el medicamento en una categoría de costo compartido más alta.
- Si establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El uso *fuera de lo indicado* se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Cubrimos sildenafil, ergocalciferol, ácido fólico, benzonatato (medicamento para la tos) y vitamina B12. Consulte su Lista de medicamentos para conocer los límites de cobertura. La suma que paga por estos medicamentos no se tendrá en cuenta a fin de calificar para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6, de este documento).

Además, si **recibe “Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa “Ayuda Adicional” no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicio al Cliente para obtener más información. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta****Sección 8.1 Proporcione su información de membresía**

Para adquirir su receta médica, debe proporcionar sus datos de afiliación al plan que aparece en su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

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

Si no tiene los datos de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede solicitarle al personal de la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

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

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?**

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando se le da el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos los residentes. Si es residente de un centro LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* www.globalhealth.com para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

o ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

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

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro provisional o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**. Este puede ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre cobertura acreditable:

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

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

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que podría necesitarlo luego. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilación, al empleador o al sindicato.

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

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para aliviar el dolor o ansiolíticos) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que se lo notifique antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos según se indica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

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

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

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

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

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de los que frecuentemente se abusa. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médico que emiten recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con las personas que emiten recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con las personas que emiten recetas, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de una persona que emite recetas en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos su cobertura para estos medicamentos o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de una persona que emite recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que emiten recetas o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y la persona que emite las recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No quedará incluido en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de las células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos, terminales, al final de la vida o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de costo de medicamentos, o forman parte de un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debe tomar

CAPÍTULO 5 Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

y por qué lo hace. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta con relación a este programa, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

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

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**¿Usted actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?**

Si usted forma parte de un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D* no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicio al Cliente y pida su *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde adquirir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra es en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para brindarle una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al Cliente.

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

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La suma que usted paga por el medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es la suma que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es una suma fija que paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de bolsillo y lo que *no*. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los gastos de bolsillo

Los gastos de bolsillo incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya respetado las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

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

Es importante quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos de bolsillo si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare, por planes de salud del empleador o sindicato, o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos efectuados mediante el programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quien efectúa los pagos en su nombre) haya pagado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de bolsillo

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

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

- Los pagos que haga por medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero no cubiertos, en general, en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (Veterans Health Administration, VA).
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización por accidentes de trabajo).
- Los pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga una parte o el total de los gastos de bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibe incluye la suma actual de los gastos de bolsillo. Cuando esta suma alcance \$2,000, en este informe se le comunicará que pasó de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se especifica lo que puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros completos y actualizados con respecto a lo que gastó.

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

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)?
--------------------	--

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en Generations Chronic Care (HMO C-SNP). El importe que pague dependerá de la etapa en la cual se encuentre cuando adquiera el medicamento recetado o resurta la receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Secciones 4 a 6 de este capítulo. A continuación, se describen las diferentes etapas:

Etapas de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica**

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

Sección 3.1 Enviamos un resumen mensual llamado <i>Descripción de Beneficios de la Parte D</i> (la EOB de la Parte D)
--

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

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama **gastos de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago de sus medicamentos realizado mediante “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicios de Salud para Indígenas, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, instituciones de caridad y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Realizamos un seguimiento de sus **gastos totales por medicamentos**. Se trata del total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de gastos totales por medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año hasta la fecha. Muestra los gastos totales por medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un menor costo compartido para cada reclamación de receta médica, si corresponde.

CAPÍTULO 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos**

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted efectúa por los medicamentos, nos basamos en registros brindados por las farmacias. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Presente su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta médica.** Esto nos permite saber cuáles son las recetas que usted surte y qué está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
 - Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, lea el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducibles para Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

No existe deducible para Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

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

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

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

El plan establece cinco categorías de costo compartido

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto mayor sea la categoría de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría 1 de costos compartidos: Medicamentos genéricos preferidos. La Categoría 1 es la más baja e incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos.
- Categoría 2 de costos compartidos: Medicamentos genéricos. La Categoría 2 incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Categoría 3 de costos compartidos: Medicamentos de marca preferidos. La Categoría 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Categoría 4 de costos compartidos: Medicamentos no preferidos. La Categoría 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Categoría 5 de costos compartidos: Medicamentos especializados. La Categoría 5 tiene el costo más alto. Contiene medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control estricto. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de *farmacias* del plan en www.globalhealth.com.

Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos por un suministro de <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

Como se indica en la siguiente tabla, la suma del copago o coseguro depende de la categoría de costo compartido.

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Categoría 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5	\$0	Estándar: \$5 Preferido: \$0	\$5	\$5
Categoría 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$10	\$5	Estándar: \$10 Preferido: \$5	\$10	\$10
Categoría 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$42	Estándar: \$47 Preferido: \$42	\$47	\$47
Categoría 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$90	Estándar: \$100 Preferido: \$90	\$100	\$100

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red
	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 30 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

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

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la suma que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de todo un mes. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que suministre, una cantidad menor que la de un mes completo de sus medicamentos en caso de que esto lo ayude a planificar las fechas para resurtir las diferentes recetas médicas.

Si su médico receta una cantidad menor de un mes completo de suministro, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

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

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

- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Tabla que muestra los costos de un suministro *prolongado* (de hasta 100 días) de un medicamento

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

La siguiente tabla muestra lo que paga cuando adquiere un suministro prolongado de un medicamento.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)
Categoría 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$15	\$0	Estándar: \$15 Preferido: \$0
Categoría 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$30	\$0	Estándar: \$30 Preferido: \$0
Categoría 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$141	\$84	Estándar: \$141 Preferido: \$84

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)
Categoría 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$300	\$270	Estándar: \$300 Preferido: \$270
Categoría 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	El suministro prolongado no está disponible para medicamentos de Categoría 5 (Medicamentos especializados)	El suministro prolongado no está disponible para medicamentos de Categoría 5 (Medicamentos especializados)	El suministro prolongado no está disponible para medicamentos de Categoría 5 (Medicamentos especializados)

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses, \$84 por un suministro de tres meses en la Categoría 3 en una farmacia de costo compartido preferido, o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales por medicamentos anuales alcancen los \$2,000
--------------------	--

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en los gastos totales de su bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que le enviamos lo ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también los terceros, pagaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Le informaremos si alcanza esta suma. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 para saber cómo Medicare calcula los gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que debe pagar depende de cómo y dónde las compre

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

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

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

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y no le cuestan nada.

2. El lugar donde se aplica la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser administrada en una farmacia o proporcionada en un consultorio médico.

3. La persona que administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede dársela en el consultorio del médico.

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

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

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administrará. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando se le aplica una vacuna, pagará solo su parte del costo de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

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

Situación 1: Se le administra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

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

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y, luego, la lleva al consultorio médico, donde recibirá la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí misma.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Luego podrá solicitar que el plan pague nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

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

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, tal vez deba pagar el costo total. En otras oportunidades, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (lo que con frecuencia se denomina reembolsarle). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También es posible que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que usted recibió, o posiblemente por un monto superior a su parte de los costos compartidos como se indica en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o requeridos urgentemente de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos:

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

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

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Usted solo debe pagar la suma del costo compartido que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como facturación del saldo. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más de la suma del costo compartido que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

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

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

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

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

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

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

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

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo es superior a nuestro precio negociado por la receta.

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

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total de este.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo es superior a nuestro precio negociado por la receta.

7. Cuando abona copagos según un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Si recibe ayuda de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos y paga copagos en virtud de este, fuera de los beneficios de nuestro plan, puede presentar una reclamación impresa para que sus gastos de bolsillo se tengan en cuenta para calificar para la cobertura catastrófica. Guarde su recibo y envíenos una copia.

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

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

Puede solicitarnos que le reintegremos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo de 60 días** desde la fecha en que recibió el servicio, artículo o el medicamento recetado de la Parte B. **Debe presentar su reclamo de la Parte D**

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

(medicamentos recetados) en un plazo de tres años desde la fecha en que recibió el artículo o medicamento de la Parte D.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamos para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente. En la información requerida, se incluye el nombre del miembro, el número de identificación del miembro, la información de contacto, el nombre del proveedor y su información de contacto, el artículo o servicio, y la fecha de servicio.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.globalhealth.com) o solicite el formulario por teléfono a Servicio al Cliente.

Para reclamos médicos

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Medical Claims-
GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 2718
Oklahoma City, OK 73101

Para reclamos medicamentos recetados

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Prescription Drug Claims -
CVS Caremark Part D Services
Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esta decisión.

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

Si usted cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o sobre la suma que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se prestan de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Hay documentos en español disponibles. También podemos brindarle información en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de un modo que le resulte cómodo, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en atención médica para la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán 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 usted necesita, llame al plan para que le informen a dónde dirigirse para obtener este servicio a un costo compartido dentro la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo a GlobalHealth Section 1557 Coordinator, P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101-2658, Teléfono: 1-844-280-5555 (TTY: 711), Fax: 1-405-280-5294; Correo electrónico: section1557coordinator@globalhealth.com. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) u otro proveedor que se mencione en el Capítulo 3, Sección 2.2 sin una remisión.

Usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 se especifica lo que usted puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a cualquier persona que no le brinde atención ni pague por ella, *estamos obligados a obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, se realizará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica exclusivamente no sea compartida.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

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

Si tiene preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

Aviso sobre prácticas de privacidad de GlobalHealth

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

GlobalHealth se compromete y está obligado a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida (Protected Health Information, “PHI”) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y las regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (Technology for Economic and Clinical Health, “HITECH”). El Aviso sobre prácticas de privacidad de la HIPAA (el “Aviso”) contiene información importante sobre su PHI. Nuestro Aviso actual está publicado en www.globalhealth.com.

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información de salud

Para tratamientos. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica para poder coordinar o facilitar el tratamiento.

Para pagos. Nosotros podemos usar o divulgar su PHI para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que están cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para realizar una revisión por necesidad médica; para cobrar las primas; para emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

Para operaciones del plan de salud. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI sobre usted con fines operativos del plan de salud. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de uso, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, autorización, acreditación, investigación de quejas, mejora del desempeño, etc. No usaremos ni divulgaremos su información genética a los efectos de contratación de seguros.

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento,

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención médica.

Cuando lo permite o requiere la ley. Nosotros podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos:

- A una agencia reglamentaria para llevar a cabo actividades incluidas, de manera no taxativa, autorizaciones, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos.
- Para el cumplimiento de la ley al recibir una orden del tribunal, autorización oficial, citación u otro proceso similar.
- En respuesta a una orden de tribunal válida, citación, solicitud de exhibición u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa o cualquier otro proceso legal.
- A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para actividades de supervisión de la salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.;
- Para propósitos de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para poder cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la indemnización por accidentes de trabajo.
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o reducir el peligro de una amenaza grave e inminente a una persona o al público, y dicha divulgación se realiza a una persona que puede prevenir o reducir el peligro de la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley.

Socios comerciales. Podemos usar o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Algunos ejemplos incluyen consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de registros médicos electrónicos y almacenamiento de datos, etc. Solo haremos estas divulgaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Personal o representante autorizado. Nosotros podemos usar o divulgar la PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y cuidadores. Podemos divulgar su PHI a un familiar, cuidador o amigo que le acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico, o que ayude a pagar su atención o tratamiento médico. Si usted no puede o no está disponible para aceptar u objetar una decisión, utilizaremos nuestro mejor juicio para comunicarnos con su familia y otras personas.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su PHI en caso de una emergencia si el uso o la divulgación es necesaria para su tratamiento de emergencia.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Militares/veteranos. Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley.

Recordatorio de citas. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o la atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su casa, podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorio de medicamentos y resurtidos. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, para comunicarle sobre el equivalente genético de un medicamento o para incentivarlo a que tome sus medicamentos recetados.

Conjunto de datos limitados. Si usamos su PHI para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acción de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas o entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

Otros usos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a un médico forense o examinador médico.

NOTA: Divulgaremos su PHI para propósitos que no se describen en este Aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), usos y divulgaciones de PHI con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización por escrito.

La información autorizada para divulgación puede incluir expedientes que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible sobre la que se deba informar de acuerdo con la ley estatal.

Sus derechos respecto de su información de salud**Derecho a inspeccionar y copiar**

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud se debe hacer por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle las cantidades permitidas por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede apelar con su oficial de privacidad.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho a rehusarnos a cumplir con su solicitud si no es razonable o no es posible hacerlo.

Derecho a un informe de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas divulgaciones hechas para tratamiento, pago o atención médica u operaciones del plan de salud y divulgaciones que se le hacen a usted, las autoriza usted o de conformidad con este Aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el período específico solicitado. Puede solicitar un informe de hasta seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud (tres años si la PHI es un registro electrónico de salud). Si solicita más de un (1) informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos sobre los costos y usted puede revocar su solicitud antes de que incurramos en ellos.

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud se debe hacer por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién desea que apliquen las limitaciones. Nosotros no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la divulgación ya se haya hecho o que la ley requiera la divulgación. Cualquier acuerdo con respecto a las restricciones debe estar firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre.

Derecho a solicitar enmiendas de la PHI

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la enmienda. Rechazaremos su solicitud si: (1) no es una solicitud por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud; (2) la información no la creamos nosotros o no es parte del expediente médico que conservamos; (3) la información no es parte del expediente que usted tiene permitido revisar y copiar, o (4) la información en el expediente es exacta y completa. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro oficial de privacidad.

Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento

Tiene derecho a recibir notificaciones sobre cualquier incumplimiento de su PHI no protegida.

Derecho a revocar una autorización

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en cuanto a usos o divulgaciones futuros y no con respecto a divulgaciones que ya se hayan hecho en virtud de la autorización que nos ha otorgado o cuando no se requiere autorización.

Derecho a recibir una copia de este Aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Cambios a este Aviso

GlobalHealth debe cumplir los requisitos de este Aviso que está actualmente vigente. Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso y determinar nuevas disposiciones para toda la PHI que conservamos. El Aviso revisado estará disponible en nuestro sitio web en www.globalhealth.com.

Para denunciar una violación de la privacidad

Si tiene una pregunta relacionada con sus derechos de privacidad o cree que sus derechos fueron violados, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en:

ATTN: Privacy Officer
210 Park Avenue
Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102
Número de teléfono gratuito: 1-877-627-0004
Correo electrónico: privacy@globalhealth.com

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no estarán cubiertas por la HIPAA. En su lugar, la mayoría de las aplicaciones se incluyen en la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission, FTC) y las protecciones que brinda la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas, protege contra prácticas engañosas (p. ej., si una aplicación comparte información personal sin autorización, a pesar de tener una política de privacidad que indique que no lo hará). Si tiene inquietudes sobre el uso de aplicaciones de terceros y su información, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (FTC) y presentar una queja en <https://reportfraud.ftc.gov/#/>.

Fecha de entrada en vigor: 10/01/2023

Aviso original: 04/01/2003

Revisado: 04/01/2011

04/01/2013

08/01/2021

10/01/2023

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

Como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias dentro de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de la red.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se brinda información sobre servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se brinda información sobre cómo solicitar una explicación escrita sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9, también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Puede querer darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Conserve una copia en su hogar.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

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

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja a

Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision

101 NE 51st St

Oklahoma City, OK 73105-1821

Teléfono: 1-800-381-5419 (número gratuito) o (405) 962-1400 (local)

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

Si es por otro motivo

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

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>).
 - O puede llamar al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

La tecnología rápidamente cambiante afecta la atención médica y la medicina tanto como cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico tienen beneficios

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

a largo plazo, nuestro plan controla y evalúa cuidadosamente las nuevas tecnologías para su inclusión como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a efectuar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades incluidos en este capítulo. Llame a Atención al Cliente si tiene alguna sugerencia.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** Se informa en el Capítulo 1 sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de identificación de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerlo y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
- Si debe pagar la suma adicional para la Parte D por sus ingresos anuales, debe seguir pagando dicha suma directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, necesitamos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarle.
- **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene algún problema
o queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

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

- Para algunos problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, deberá recurrir al **proceso para presentar quejas**, también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y fechas límites que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase presentar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a Servicio al Cliente para solicitar ayuda. Pero, en algunas situaciones, también es posible que quiera recibir asistencia o consejos de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3, de este documento.

Medicare

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

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

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

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

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

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

Sí.

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

No.

Pase directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos**

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA****SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Debe utilizar las decisiones de cobertura y el proceso de apelaciones para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le da una remisión a un médico especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este médico especialista, o que en la *Evidencia de Cobertura* se deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos la atención médica antes de recibirla, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, donde la revisión la realizará una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de otros niveles de apelación (en la **Sección 9** de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- Puede **llamarnos a Servicio al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.globalhealth.com).
- Para la atención médica o los medicamentos recetados de Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará de forma automática al Nivel 2.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona que emite recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, estos pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.globalhealth.com). El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

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

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación contra una decisión de cobertura
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Aplica solo para estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF]*)

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicio al Cliente. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP.

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

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

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **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 suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para 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, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no se puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la otorgaremos automáticamente.
 - Explique cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

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

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es por un

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

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

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si **nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

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

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración**.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Por lo general, una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** 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.
- **Usted debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se examina con detalle toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - **Sin embargo**, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación de forma automática a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - **Sin embargo**, si usted solicita una extensión, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan tiene una respuesta negativa a parte o toda su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2****Término legal**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)**. A veces, se denomina **IRE**.

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

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

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

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

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

- **Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días calendario de haber recibido la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- Si la respuesta de la organización de revisión **es afirmativa a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a parte o toda su solicitud es negativa**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Le explica su decisión.
 - Le informa del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará la suma en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?**

En el Capítulo 7, se describe cuándo puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta es negativa:** Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

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

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

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

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de los cubramos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

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

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

- Cómo solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que renunciemos a una restricción de la cobertura del plan por un medicamento (como, por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de una suma de costo compartido menor por un medicamento en una categoría de costo compartido superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar un reintegro. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de categoría**.

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura.

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

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no esté en nuestra Lista de medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad del costo compartido que corresponde a los medicamentos de la Categoría 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción por el monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar su cobertura con un costo compartido menor. Esta sería la categoría más baja que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido de ningún medicamento de la Categoría 5 (Medicamentos especializados).
- Si aprobamos su pedido para una excepción de categoría y hay más de una categoría de costo compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la suma menor.

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otra persona que emite recetas deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otra persona que emite recetas cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de costos compartidos no le resulten efectivos o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina **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 dentro de las **72 horas** de haber recibido la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que le autoricemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar la decisión de cobertura rápida de un reintegro por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otra persona que emite recetas nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico o de la persona que emite recetas, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico u otra persona que emite recetas solicita la decisión de cobertura rápida, se la otorgaremos automáticamente.
 - Explica cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de solicitud para la determinación de cobertura CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.globalhealth.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud,

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otra persona que emite recetas) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si usted solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que emite recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otra persona que emite recetas nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es afirmativa**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es afirmativa**, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que emite recetas deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona que emite recetas debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-866-494-3927 (TTY: 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de solicitud para la redeterminación CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.globalhealth.com. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otra persona que emite recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, para que una organización de revisión independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es afirmativa**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es afirmativa**, debemos proveer la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar con respecto a un pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es afirmativa**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los **30 días calendario** de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

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

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) . A veces se denomina IRE .

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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

- Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Si usted presenta una apelación estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Para apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** después de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Para apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de cobertura**, debemos **proveer la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización revisora **dentro las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización revisora.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de reintegro** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si la respuesta de esta organización es negativa **para parte o toda** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Le explica su decisión.
- Se le informará del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 será definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si desea continuar a la apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto**

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

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

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** En el aviso se le informa:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación.
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si cree que lo están dando de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.
- 2. Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
 - Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada.**
 - **Si cumple este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si *no* cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos comuniquemos, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta prevista y explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Puede acceder a una muestra del **Aviso detallado de alta** si llama al Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta prevista. En este aviso también se explican detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si correspondiera). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad da una respuesta *negativa* a su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>En esta sección, se describen solamente tres servicios:</i> Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)
--------------------	---

Cuando recibe servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral ambulatoria) cubiertos, tiene el

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Usted u otra persona que actúe en su nombre deberán firmar el aviso escrito para confirmar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **El hecho de que firme este aviso no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de que debe finalizar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **el mediodía anterior a la fecha de vigencia** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día en que los revisores nos informen respecto a su apelación, recibirá la **Explicación detallada de la no cobertura** de nuestra parte, en la que se explican de forma detallada nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es afirmativa?

- Si la respuesta de los revisores a su apelación es *afirmativa*, **debemos continuar proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si la respuesta de los revisores es *negativa*, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 1 es *negativa* y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad dio una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.*¿Qué sucede si la respuesta de la organización es positiva?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para la atención siempre que sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización es negativa?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará cómo puede presentar una apelación de Nivel 3.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibida la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo le contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos
Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un **Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador **dentro de un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso se le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. El aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Y nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o exámenes médicos o al adquirir una receta médica.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Limpieza	¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	¿Fallamos en proporcionarle un aviso obligatorio? ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: - Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja. - Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. - Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. - Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
- Una queja también se denomina reclamo. Presentar una queja también se denomina presentar un reclamo. Utilizar el proceso para quejas también se denomina utilizar el proceso para presentar un reclamo. - Una queja rápida también se denomina reclamo acelerado.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso. Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicio al Cliente se lo informará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- A continuación explicamos cómo funciona:
 - Puede presentar una queja llamando al Servicio al Cliente al 1-844-280-5555; o enviándola por fax al: 1-405-280-5294; o por correo postal a: GlobalHealth Grievances and Appeals Unit, PO Box 2658, Oklahoma City, OK 73101.
 - Debe presentar su queja como máximo 60 días calendario después del evento que se convirtió en el motivo de la queja, y le proporcionaremos una respuesta tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero como máximo 30 días calendario después del día de recepción, a menos que se extienda. Si el plan se concede una extensión de 14 días del plazo, se lo informará por escrito.
 - Tiene derecho a presentar una queja acelerada (rápida) si extendemos el plazo para tomar una decisión de cobertura. También puede presentar una queja acelerada si nos negamos a concederle una solicitud de decisión de cobertura acelerada o una apelación. Cuando solicite una queja acelerada, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Si desea presentar una queja acelerada, puede llamarnos.
 - Tanto usted como su representante autorizado pueden presentar una queja. La persona que usted nombre actuará como su “representante”. Puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier otra persona o proveedor que usted elija para que actúe en su nombre. Es posible que exista alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante autorizado según la ley estatal. Si desea que alguien en particular actúe en su nombre, pero esa persona aún no ha sido autorizada por el Tribunal o la ley estatal, llame a nuestro Servicio al Cliente y solicite el formulario para otorgarle permiso para actuar legalmente en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema que la originó.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le otorgaremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o bien no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

CAPÍTULO 9 Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.** La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También existen algunas situaciones en las que debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta en Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual en Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, a partir del mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a los beneficios.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual en Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período especial de inscripción.

En ciertos casos, los miembros de Generations Chronic Care (HMO C-SNP) pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si usted tiene SoonerCare (Medicaid).
- Si es elegible para que “Ayuda Adicional” pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, hay más información sobre estos programas.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para conocer si es elegible para el Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- – *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio al Cliente.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
	• Su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • Usted también puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo servicios y artículos médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o envíe sus pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si usted se interna el día en que finaliza su membresía, su internación será cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?
--

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - Si su proveedor no verifica un diagnóstico de diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares.
 - Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía finalizará después de un período de gracia de 30 días. Recibirá una notificación de nuestra parte en la que se le informará la finalización de su membresía y otras opciones de cobertura. Si tiene alguna pregunta con relación a su elegibilidad, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si debe pagar la suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre las circunstancias en las que podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud, a menos que ya no tenga la afección médica requerida para la inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).
--------------------	--

En la mayoría de los casos, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. El único momento en que podemos hacer esto es si ya no tiene la afección médica necesaria para la inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguridad Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun si las leyes no están incluidas o definidas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Capítulo 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, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda para el acceso a la atención médica, llame a Servicio al Cliente. Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluyendo proficiencia limitada de inglés y del lenguaje primario), sexo (consistente con el alcance de discriminación por sexo según descrito en § 92.101(a)(2)), edad o discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para las personas con discapacidades y ayudas y servicios auxiliares adecuados que incluyen los siguientes:
 - Intérpretes calificados para personas con discapacidades.
 - Información en formatos alternativos, como en braille o letra más grande, sin cargo y de forma oportuna, cuando se necesitan dichas modificaciones, ayudas y servicios para garantizar la accesibilidad y las oportunidades equitativas para la participación de las personas con discapacidades.

CAPÍTULO 11 Avisos legales

- Proporciona servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción de documentos electrónicos y escritos y la interpretación oral, sin cargo, de forma oportuna, cuando dichos servicios son un paso razonable para proporcionar un acceso significativo para una persona con un dominio limitado del inglés.

Si usted necesita modificaciones razonables, servicios y asistencia auxiliares apropiados, o servicios de asistencia para idiomas, comuníquese con servicio al cliente de GlobalHealth al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). Nuestras horas de servicio son de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre son de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben marcar al 711.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o discriminamos de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de Sección 1557 está disponible para asistirle. Puede presentar una querella en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección de correo:

GlobalHealth

Section 1557 Coordinator

P.O. Box 2658

Oklahoma City, OK 73101-2658

Número de teléfono:

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Número TTY:

711

Número de fax:

405-280-5294

Correo electrónico:section1557coordinator@globalhealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., de manera electrónica a través del Portal para Querellas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD)

Los formularios de querellas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso se encuentra disponible en nuestro sitio web: www.globalhealth.com.

CAPÍTULO 11 Avisos legales

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), Generations Chronic Care (HMO C-SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones 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 suplantán a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Protecciones al denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso

Según las reglas de nuestro plan, usted tiene derecho a estar libre de cualquier forma de encierro físico o aislamiento que se utilice como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Tiene derecho a no ser descuidado, intimidado, abusado física o verbalmente, maltratado o explotado. También tiene derecho a ser tratado con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos. El ejercicio de sus derechos no afectará negativamente la forma Generations Chronic Care (HMO C-SNP) en que sus proveedores o CMS le brindan u organizan la prestación de servicios.

Protecciones al denunciar sospechas de fraude, abuso o malgasto (“Protecciones para denunciantes”)

GlobalHealth, Inc. cumple con las regulaciones federales y estatales que establecen que cualquier persona y/o entidad debe informar cualquier sospecha de fraude, abuso y/o desperdicio identificado contra el Programa Medicare y/o Medicaid. Al cumplir con las regulaciones federales y estatales, GlobalHealth, Inc. protege a cualquier persona de cualquier tipo de represalia que informe de buena fe una sospecha de fraude, abuso y/o desperdicio.

Es importante que informe sobre GlobalHealth, Inc. cualquier situación en la que sus servicios de atención médica se vean afectados o puedan verse afectados debido a la identificación y/o el informe de cualquier sospecha de fraude, abuso GlobalHealth, Inc. y/o desperdicio a cualquier agencia federal y/o local. La sospecha de fraude, malgasto y/o abuso puede ser cualquier servicio facturado por un proveedor a usted GlobalHealth, Inc. y/o a usted que no se haya recibido, entre otros esquemas que considere sospechosos.

Informar a GlobalHealth, Inc.

Recuerde que puede informar cualquier situación real o potencial sobre incumplimiento, explotación financiera, fraude, abuso o despilfarro a través de nuestras líneas de informes confidenciales de

CAPÍTULO 11 Avisos legales

ACTright: ***Línea directa de ACTright*** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al [1-877-627-0004](tel:1-877-627-0004) o usando la línea de informes web globalhealth.ethicspoint.com

CAPÍTULO 12:

*Definiciones de términos
importantes*

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP), usted solo debe pagar las sumas del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones del saldo** o que de otro modo le cobren más del monto de costo compartido que debe pagar según se establece en su plan.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Producto biosimilar**”).

Producto biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “**Producto biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o terceros calificados en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Planes para Necesidades Especiales para Atención Crónica: los Planes para Necesidades Especiales para Atención Crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) son Planes para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, como se define en el título 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones clínicamente vinculadas y con comorbilidad común especificadas en el título 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una suma que quizá deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo por los servicios o los medicamentos recetados.

Queja: presentar una queja se conoce formalmente como **presentar un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una suma fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier suma fija de copago que un plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos o (3) cualquier suma de coseguro, un porcentaje de la suma total pagada por un servicio o medicamento que el plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos.

Categoría de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de apoyo: la atención de apoyo son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de apoyo, proporcionada por personas sin capacitación ni destrezas profesionales, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de apoyo.

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Tasa de costo compartido diario: una tasa de costo compartido diario puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: la suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar la receta.

Planes para Necesidades Especiales para Individuos con Doble Elegibilidad (D-SNP): en los Planes para Necesidades Especiales para Individuos con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP), se inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen: caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia, y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

“Ayuda Adicional”: un programa de asistencia económica de Medicare destinado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Reclamo: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas por la calidad de atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO): un tipo de plan de seguro médico que brinda atención médica a sus miembros a través de redes de médicos y hospitales.

Asistente de atención médica domiciliaria: un persona que provee servicios que no requieren las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

Suma de ajuste mensual conforme con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a una suma determinada, pagará la suma prima estándar y una suma de ajuste mensual conforme a los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen la suma de \$2,000.

Período de inscripción inicial: período en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Producto biosimilar intercambiable: un biosimilar que se puede utilizar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

IPA -

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Programa de descuentos de fabricantes: programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Suma máxima de gastos de bolsillo: pago máximo que puede hacer de bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Las sumas que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Indicación médica aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o está avalado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: período desde 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Cada Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un Plan de Cuentas de Ahorros 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 para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

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 que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red/proveedor: es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica. **Proveedores de la red:** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico que ha recibido la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se conoce como producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por cada servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de servicios cubiertos para los

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados ni operados ni de propiedad de nuestro plan.

Gastos de bolsillo: vea la definición anterior de costo compartido. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Límite de gastos de bolsillo: monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (long-term care services and supports, LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma suma que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan que incluya la Parte D.

Costo compartido preferido: el costo compartido preferido implica un menor costo compartido para determinados medicamentos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del afiliado y de los beneficios. Esto incluye sumas de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Período de inscripción especial: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es un costo compartido distinto de aquel preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente, ya sea que usted se

CAPÍTULO 12 Definiciones de términos importantes

encuentre fuera del área de servicio del plan de manera temporal o no sea razonable, debido al momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como chequeos médicos anuales, no se consideran servicios requeridos urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible de manera temporal.

Multi-Language Insert**Multi-language Interpreter Services**

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-280-5555 (toll free) (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-280-5555（免费电话）(TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-280-5555 (免費電話) (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-280-5555 (libre na toll) (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-280-5555 (appel gratuit) (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-280-5555 (số điện thoại miễn cước) (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-280-5555 (gebührenfrei) (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-280-5555 (수신자 부담) (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-280-5555 (бесплатно) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-280-5555 (الرقم المجاني) (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-280-5555 (टोल फ्री) (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-280-5555 (numero verde) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-280-5555 (número de telefone gratuito) (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-280-5555 (nimewo telefòn gratis) (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-280-5555 (bezpłatnie) (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-280-5555 (フリーダイヤル) (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) Departamento de Servicios para Miembros

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
FAX	(405) 280-2960
ESCRÍBANOS	GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101
SITIO WEB	www.globalhealth.com

Senior Health Insurance Counseling Program (Oklahoma SHIP)

Senior Health Insurance Counseling Program es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRÍBANOS	Senior Health Insurance Counseling Program 400 NE 50th Street Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.