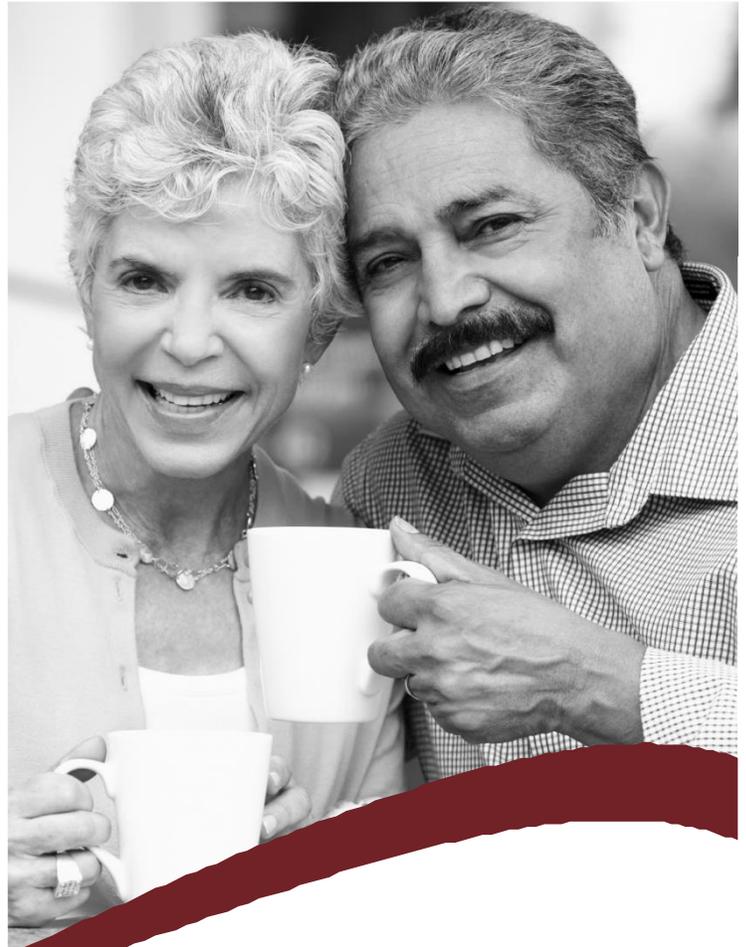




Evidencia de cobertura

1 de enero al 31 de diciembre de 2022



Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

1-844-280-5555 (llamada sin costo)
8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana
(1 de octubre a 31 de marzo)
8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes
(1 de abril a 30 de septiembre)
www.GlobalHealth.com

GlobalHealth es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

H3706_OSREOC_2022_C

1 de enero a 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

Este folleto le da información de su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener la cobertura de los servicios de atención médica y medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

GlobalHealth, Inc. ofrece este plan, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a GlobalHealth, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)).

Comuníquese con nuestro número de Atención al cliente al (405) 280-5555 o al 1-844-280-5555 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

Esta información está disponible en español y en letra grande.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H3706_OSREOC_2022_C

Evidencia de cobertura para 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si quiere ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que significa estar en un plan médico de Medicare y cómo usar este folleto. Describe el material que le enviaremos, su prima del plan, la multa por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de ID de miembro del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 24

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas con pocos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 45

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 63

Da la información sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que no están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto le tocará pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D 115

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Explica cómo usar la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan para saber cuáles medicamentos están cubiertos. Explica qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos

de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Explica sobre los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D 144

Explica las tres etapas de la cobertura de medicamentos (etapa de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura, etapa de cobertura catastrófica) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los cinco niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 165

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 174

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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 191

Le explica paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar las decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo problemas para obtener la atención médica o medicamentos con receta que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos con receta y pedirnos que sigamos cubriendo la atención en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan..... 253

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan está obligado a cancelar su membresía en el plan.

Capítulo 11. Avisos legales..... 263

Incluye avisos sobre la ley aplicable y contra la discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 267

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), que es una HMO de Medicare.....	7
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal de la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)	9
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de ID de membresía al plan. Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía de todos los proveedores de la red del plan.....	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía de las farmacias en nuestra red.....	11
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan.....	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta médica de la Parte D	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)	13
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima del plan?.....	13
SECCIÓN 5	¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?	14
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?.....	14
Sección 5.2	¿Cuánto es la multa por inscripción tardía en la Parte D?	15
Sección 5.3	En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa.....	15
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?	16

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 6	¿Debe pagar una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos?	17
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?.....	17
Sección 6.2	¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional para la Parte D?	17
Sección 6.4	¿Qué ocurre si no paga la cantidad adicional de la Parte D?	17
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	18
Sección 7.1	¿Cómo paga su prima del plan?	18
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....	19
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía al plan	20
Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta	20
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información médica personal..	21
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida.....	21
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	21
Sección 10.1	¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?	21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), que es una HMO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica de Medicare y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como Cobertura médica elegible (QHC) y satisface el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le explica lo que debe hacer para que nuestro plan cubra la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare. En este folleto se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y servicios médicos y a los medicamentos con receta que están disponibles para usted como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Atención al cliente de nuestro plan (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Sección 1.3	Información legal de la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	--

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

que reciba de nuestra parte sobre cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. Esos avisos se llaman a veces “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido por los meses que esté inscrito en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre queelijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan si:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- y -- vive en el área de servicio geográfica (la Sección 2.3 abajo describe nuestra área de servicio).
- -- y -- es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

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

Cuando usted se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información acerca de los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que suministran los hospitales (pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios como paciente ambulatorio) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Oklahoma: Bryan, 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 piensa trasladarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en el nuevo lugar.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le avisará a Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Debemos cancelar su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de ID de membresía al plan. Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de una tarjeta ID de miembro para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de ID de miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios en un hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si, mientras sea miembro del plan, usa los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de miembro del Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si su tarjeta de ID de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Atención al cliente y le enviaremos una nueva. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: su guía de todos los proveedores de la red del plan

En el *Directorio de proveedores* está la lista de los proveedores de nuestra red y de los proveedores de equipo médico duradero.

¿Qué son “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Es importante que sepa cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura fuera del área, fuera de la red y en caso de emergencia.

Si usted no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Puede pedirle a Atención al cliente más información sobre nuestros proveedores de red, incluyendo sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en www.GlobalHealth.com o descargarlo de este sitio web. Tanto Atención al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i>: su guía de las farmacias en nuestra red
--------------------	---

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que quiere usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen costo compartido preferido, que puede ser menos que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Atención al cliente para obtener información actualizada de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esa información en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. Tanto Atención al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre cambios en las farmacias de nuestra red.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan**

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por los beneficios incluidos en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).

La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.GlobalHealth.com) o llamar a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamento con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. A este informe resumido se le llama la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* tiene la cantidad total que usted, otros en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total pagada por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D cada mes en que se haya usado el beneficio de la Parte D. La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con el proveedor que receta sobre estas opciones de costo más bajo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarlo a llevar el control de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible si la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?
--

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual de plan. Para 2022, la prima mensual de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) es de \$205. Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

La cobertura la tiene mediante un contrato con su empleador actual, antiguo empleador o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener información sobre su prima del plan.

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 hay más información de este programa. Si usted califica, al inscribirse en el programa puede disminuir su prima mensual del plan.

Si ya *está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* no se aplique a usted.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al cliente y pida el “Anexo LIS.” (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser mayor

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más del monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen abajo.

- Algunos miembros deben pagar **una multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente adquirieron elegibilidad o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más en los que no tuvieron cobertura “acreditable” de medicamentos con receta médica. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a prima mensual del plan. La cantidad de la prima estará constituida por la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. En el Capítulo 1, Sección 5, se explica la multa por inscripción tardía en la Parte D.
- Si tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, se le podría cancelar su inscripción en el plan.
- A algunos miembros se les puede pedir que paguen un cargo más, que se conoce como la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA, debido a que hace dos años tuvieron ingresos brutos ajustados modificados, arriba de cierta cantidad, en su declaración tributaria del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar la cantidad de la prima estándar más ese cargo adicional, que se sumará a la prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica la IRMAA más detalladamente.

SECCIÓN 5 ¿Debe pagar la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” en la Parte D?

Nota: Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a la prima de la Parte D. Es posible que usted deba una multa por inscripción tardía en la Parte D si en cualquier momento después de que finalizó su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. (“Cobertura válida de medicamentos con receta” es una cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare debido a que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como sea la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esa multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a su prima mensual. Al inscribirse por primera vez en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), le informaremos la cantidad de la multa.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, puede perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después que fuera elegible para inscribirse. O cuente el número de meses totales en los que no tuvo cobertura válida de medicamentos con receta, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14 %.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de la prima fue de \$33.06. Esta cantidad puede cambiar para 2022.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, luego redondee la cantidad a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14 % veces \$33.06, que equivale a \$4.63. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si aumenta la prima promedio nacional (según lo determina Medicare), su multa aumentará.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por la edad en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Incluso si se inscribe tarde en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**No tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si está en alguna de estas situaciones:**

- Si ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Medicare le llama a esto “**cobertura válida de medicamentos**”. Tenga en cuenta:
 - La cobertura válida podría incluir la cobertura de medicamentos de un sindicato o empleador anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su aseguradora o departamento de Recursos Humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar en una carta o incluir en un boletín informativo del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
 - **Tenga en cuenta:** Si recibe un “certificado de cobertura válida” cuando su cobertura médica termina, no necesariamente significa que su cobertura de medicamentos con receta era válida. El aviso debe decir que tenía cobertura “válida” de medicamentos con receta que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.
 - Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, busque en la guía *Medicare y usted 2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura válida, pero no la tuvo por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la que se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía. Llame a Atención al cliente para averiguar más sobre cómo hacerlo (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, se le podría cancelar la inscripción en el plan por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es mayor que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuánto será esa cantidad adicional y cómo pagarla. Se le retendrá la cantidad adicional de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es la cantidad adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), según lo reportó en su declaración de impuestos ante el IRS, es mayor que cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional para la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información de cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por la cobertura de su Parte D de Medicare. Si usted está obligado por ley a pagar la cantidad adicional y no la paga, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan debe tener derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es mayor que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted está obligado a pagar la cantidad adicional y no la paga, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta informándole cuánto será la cantidad adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, vea la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia del manual *Medicare y usted 2022* hay información sobre estas primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare 2022”. Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen diferentes ingresos. Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en el otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben en el mes después de inscribirse por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 ¿Cómo paga su prima del plan?
--

Los miembros de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) deben pagar su prima del plan mediante el sistema de jubilación. Comuníquese con EGID al (405) 717-8780 (local) o al 1-800-752-9475 (llamada sin costo) si tiene alguna pregunta.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debemos recibir la prima del plan en nuestras oficinas a más tardar el 5.º día del mes. Si no hemos recibido el pago de su prima antes del 5.º día del mes, le enviaremos un aviso informándole que se cancelará su membresía del plan si no recibimos su prima en el plazo de dos días calendario. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si está teniendo dificultades para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Atención al cliente para ver si podemos remitirlo con programas que lo ayudarán con la prima. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

Si terminamos su membresía porque usted no pagó su prima, usted tendrá cobertura médica bajo Medicare Original.

Si cancelamos su membresía al plan debido a que no pagó su prima del plan, no podrá recibir cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período anual de inscripción. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, puede unirse a un plan independiente de medicamentos con receta o médico que también tenga cobertura de medicamentos. (Si permanece sin cobertura “válida” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.)

Si cree que hemos cancelado injustamente su membresía, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esa decisión presentando una queja. En el Capítulo 9, Sección 10, de este folleto se describe cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso provocó que no pudiera pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al (405) 280-5555 (local) o al 1-844-280-5555 (llamando sin costo) de 8:00 a .m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, (1 de octubre a 31 de marzo), y de 8:00 a .m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (1 de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, lo avisaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted adquiere elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año: Si un miembro califica para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar su prima mensual completa. Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurarse de que tenemos su información correcta
--------------------	--

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo a su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Avísenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si lo ingresaron en un centro de atención residencial
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si algo de esta información cambia, llame a Atención al cliente para informarnos (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

Medicare necesita que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios según nuestro plan. (Para mayor información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Una vez al año, le enviaremos una carta donde está cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. 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 se menciona, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigido por estas leyes.

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.3 en el Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que pague primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o el familiar aún trabajan, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluyendo seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación para los trabajadores

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

Si usted no tiene otro seguro, avísele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (cuando haya confirmado la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Recursos y números de
teléfono importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Atención al cliente del plan)	25
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	33
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	34
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)	36
SECCIÓN 5	Seguro Social	37
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)	38
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta médica	39
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	42
SECCIÓN 9	¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?	43

SECCIÓN 1 Contactos de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Atención al cliente del plan)

Cómo comunicarse con Atención al cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Atención al cliente de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). Será un gusto ayudarlo.

Método	Atención al cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (llamada sin costo) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Atención al cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos. Para obtener más información de cómo solicitar las decisiones de cobertura sobre su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de toma de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (llamada sin costo) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica**

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

Método	Apelaciones de atención médica - Información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (llamada sin costo) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-280-5555 (llamada sin costo) Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 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 State of Oklahoma Group Retirees (HMO) directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta médica de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta médica cubiertos por el beneficio de la Parte D que está incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones sobre cobertura de sus medicamentos con receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. 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 Determinations & Appeals P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta médica de la Parte D**

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

Método	Apelaciones de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. 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 Determinations & Appeals P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos con receta médica de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Si desea más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con sus medicamentos con receta médica de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Quejas de medicamentos con receta médica de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-866-494-3927 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
FAX	1-866-217-3353
ESCRIBA A	CVS Caremark Part D Services Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburg, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) directamente a Medicare. Para poner una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos un reembolso o de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo pedir que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Tenga en cuenta que: Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para más información.

Método	Solicitud de pago - Información de contacto
LLAME AL	<p>Reclamos médicos: 1-844-280-5555 (llamada sin costo)</p> <p>Las llamadas a estos números son gratis. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).</p> <p>Reclamos de medicamentos con receta de la Parte D: 1-844-449-0359</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Reclamos médicos: Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).</p> <p>Reclamos de medicamentos con receta de la Parte D: Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
FAX	<p>Reclamos médicos: 405-609-6354</p> <p>Reclamos de medicamentos con receta de la Parte D: 1-855-230-5549</p>
ESCRIBA A	<p>Reclamos médicos: GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2718 Oklahoma City, OK 73101</p> <p>Reclamos de medicamentos con receta de la Parte D: CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066</p>
SITIO WEB	www.GlobalHealth.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Tiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información individualizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo</i> de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
	<p>También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, es probable que encuentre ayuda para visitar este sitio web en la biblioteca local o en el centro para adultos mayores usando la computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Oklahoma, SHIP se llama Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores.

El Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los consejeros del Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “Formularios, ayuda y recursos” (Forms, Help, and Resources) del lado derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en “Números de teléfono y sitios web” (Phone Numbers & Websites).
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción 1: Puede chatear en vivo.
 - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “TEMAS” (TOPICS) del menú de la parte inferior.
 - Opción 3: Puede elegir el “ESTADO” (STATE) en el menú desplegable y hacer clic en “IR” (GO). Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Método	Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores (Oklahoma SHIP)
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Counseling Program 400 NE 50 th St Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	www.ship.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de los servicios de atención médica en casa, atención del centro de enfermería especializada o del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Oklahoma)
LLAME AL	1-888-315-0636 Días laborables: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://ww.keproqio.com/

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y los residentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social indicándole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarlos.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 6 Medicaid**

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que califica (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Personas discapacitadas 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.

Método	Información de contacto de SoonerCare (programa de Medicaid de Oklahoma)
LLAME AL	1-800-987-7767 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
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 que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos con receta médica

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare da “Ayuda adicional” a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para obtener “Ayuda adicional” y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para recibir “Ayuda adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, primas y costos. Para saber si califica para obtener “Ayuda adicional”, llame a:

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

Si cree que usted calificó para obtener “Ayuda adicional” y que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite a usted ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o entregarnos la evidencia si ya la tiene.

- Comuníquese con Atención al cliente para pedir ayuda para obtener la mejor evidencia disponible y presentarla. (Los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su “Ayuda adicional” trabajando con Medicare para verificar su elegibilidad para la “Ayuda adicional”.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si paga más que la cantidad de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por la cantidad que pagó de más o podemos compensar copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y los tiene registrados como pagos que usted debe, puede ser que nosotros hagamos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con Atención al cliente si tiene alguna pregunta (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare tiene descuentos del fabricante para los medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan cubierto la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento del 70 % que dan los fabricantes excluye cualquier tarifa de suministro por costos en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca.

Si cubre el período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. La cantidad que usted pague y la cantidad del descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado para pasar el período sin cobertura. La cantidad pagada por el plan (5 %) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si cubre el período sin cobertura, el plan paga el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75 %) no se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que usted paga para pasar el período sin cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida en el costo del medicamento.

El Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Como Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) da otra cobertura durante la Etapa de período sin cobertura, sus gastos de bolsillo en ocasiones serán menores que los costos que se describen aquí. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura a través de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para los medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de gasto compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Oklahoma (HDAP). Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y de su condición del VIH, ingresos bajos según lo define el estado y su condición sin seguro o con seguro insuficiente.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar proporcionándole ayuda de costos compartidos para medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare en relación con los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo asistencia, notifíquelo a su trabajador local de inscripción en el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) acerca de cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare. Llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Oklahoma (HDAP) al (405) 426-8400 disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Oklahoma (HDAP) al (405) 426-8400, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

¿Qué sucede si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus costos de medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda adicional”, ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y piensa que debería haberlo recibido?

Si piensa que ya llegó al período sin cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próxima *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ayudarlo a presentar una apelación (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este capítulo), o 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.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de casa o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios - Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de 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.</p> <p>Si presiona “1”, puede tener acceso a la Línea de Ayuda automatizada de RRB e información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.</p>
SITIO WEB	<p>rrb.gov/</p>

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto). 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 según este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para obtener servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre cómo cubrir su atención médica como miembro de nuestro plan.....	47
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?.....	47
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan	47
SECCIÓN 2	Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	49
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le dé atención y lo supervise	49
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP?.....	50
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	50
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	52
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	52
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	52
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene necesidad urgente de obtener servicios	53
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	54
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?	55
Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	55
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total	55
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio clínico de investigación”?	56
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio clínico de investigación”?	56
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio clínico de investigación, ¿quién paga qué?	57

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 6	Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa para la atención no médica”	58
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa para la atención de la salud no médica?	58
Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica.....	58
SECCIÓN 7	Normas para poseer equipo médico duradero.....	59
Sección 7.1	¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan?	59
SECCIÓN 8	Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento.....	60
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	60
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?.....	60
Sección 8.3	¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?	61

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo cubrir su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe conocer sobre cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, (lo que se cubre y lo que paga usted)*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando consulta a un proveedor dentro de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan médico de Medicare, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y cumplir las normas de cobertura de Medicare Original.

Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de situaciones, nuestro plan debe darle la aprobación por anticipado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. Esto se llama darle una “remisión”. Si desea más información sobre el tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia ni los servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare necesita que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor fuera de la red. Antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red, debe obtener nuestra autorización previa. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le dé atención y lo supervise
--

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP).

Su PCP no solo prestará servicios básicos y de rutina, pero también coordinará otra atención que puede necesitar mediante remisiones y autorizaciones previas. Su PCP puede ser un consultorio de medicina familiar, medicina general o un médico de medicina interna, que participa en nuestra red.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir un PCP de nuestro *Directorio de proveedores*, que está en www.GlobalHealth.com, o comunicarse con Atención al cliente para obtener asistencia para la selección de un PCP (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Solo puede elegir un PCP que esté aceptando nuevos pacientes. Si no escoge uno al inscribirse, se le asignará automáticamente un PCP.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento, por cualquier motivo. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP.

Para cambiar de PCP, llame a Atención al cliente (los teléfonos están en la contracubierta de este folleto). Comprobarán que el PCP al que se quiere cambiar esté aceptando nuevos pacientes. Le enviarán una nueva tarjeta de miembro con el nombre y el teléfono de su nuevo PCP. El cambio se hace el primer día del mes siguiente a la fecha de su solicitud.

Dígale al representante de Atención al cliente si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten aprobación de su PCP (como atención médica en casa o equipo médico duradero). Lo ayudaremos a asegurarse de que tiene las remisiones y 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 recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP?

Puede recibir los servicios de la lista de abajo sin necesidad de aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (rayos X de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que sean con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no están accesibles (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Atención al cliente antes de salir del área de servicio para que lo ayudemos a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área de servicio. Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).
- Las visitas en el consultorio del especialista, siempre que consulte a un proveedor de la red. El especialista pedirá una aprobación previa para las pruebas o tratamientos como pruebas de diagnóstico especializado, terapia u operación de paciente ambulatorio.
- Consultorio de terapia individual o colectiva de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, siempre que los obtenga de un proveedor de la red. El terapeuta pedirá una aprobación previa para cualquier prueba o tratamiento.
- Anteojos y exámenes de la vista, siempre que sean de un proveedor EyeMed dentro de la red.
- Aparatos auditivos y evaluaciones de aparatos auditivos, siempre que sean de un proveedor de NationsHearing dentro de la red.
- Atención preventiva, siempre que sea de un proveedor dentro de la red.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Remisiones

Generalmente, usted consulta primero a su PCP para la mayoría de las necesidades de atención médica. Puede consultar a cualquier especialista de la red sin remisión, pero cuando su PCP o especialista cree que necesita pruebas de diagnóstico especializado o tratamiento (como terapia u operación de paciente ambulatorio), le dará una remisión para esa atención médica.

Autorización previa

La autorización previa de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) se necesita antes de la cita para casi todas las pruebas o los tratamientos prestados fuera de una visita en el consultorio. Cuando su médico nos envía una remisión, nuestro equipo de enfermeros y médicos revisarán la remisión. Les notificaremos nuestra decisión a su médico y a usted. En la mayoría de los casos, los servicios se dirigirán a proveedores dentro de la red. Si no tiene una autorización previa registrada antes de recibir los servicios que la piden, es posible que deba pagar esos servicios usted mismo. Consulte el Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos, para obtener información sobre qué servicios necesitan autorización previa.

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

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay muchos motivos por los que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista se retira, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le demos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si cree que no le hemos dado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Si necesita ayuda, comuníquese con Atención al cliente. (Los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, debe recibir atención de los proveedores dentro de la red. No se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, excepto en estas situaciones:

- Servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Autorizamos una remisión para un proveedor fuera de la red descrito en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Debe comunicarse con su proveedor del centro de diálisis, para que puedan trabajar con nuestro equipo de Administración de la atención para arreglar diálisis fuera del área.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita obtener aprobación o remisión previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en las siguientes 24 horas. Nuestro teléfono está en la tarjeta de ID de miembro del plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner su salud en riesgo. Para más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención médica. Los médicos que están prestándole la atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y que ha terminado la emergencia médica.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si la atención de emergencia se la dan proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar que proveedores de la red los se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría llegar por atención de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro) y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre que haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos servicios adicionales *únicamente* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor dentro de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que reciba se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 abajo).

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

¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Los “servicios necesarios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y que necesita atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden prestar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. La condición imprevista puede ser, por ejemplo, una exacerbación imprevista de una condición conocida que usted tiene.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor dentro de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Si la necesidad de atención de urgencia ocurre durante el horario de atención de su PCP, llámelo para obtener indicaciones.

O comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Si la necesidad de atención de urgencia ocurre después del horario de atención o no puede localizar a su PCP, vaya a un centro de atención de urgencia dentro de la red incluido en el *Directorio de proveedores*. Para ver el *Directorio de proveedores* más actualizado, visite nuestro sitio web, www.GlobalHealth.com, o comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor dentro de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencias, servicios necesarios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web www.GlobalHealth.com para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar a un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos
--------------------	--

Si ha pagado más que la parte que le corresponde por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios aparecen en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos los servicios o la atención médica que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de que recibirlos. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si quieres decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Atención al cliente para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Para cubrir los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los pagos de los costos de servicios que excedan los límites específicos de los beneficios no se aplicarán a su máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Atención al cliente cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio clínico de investigación”?

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

Un estudio de investigación clínica (llamado también un “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos pidiéndoles a voluntarios que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el mismo.*

Cuando Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos y además entienda y acepte en su totalidad lo que involucra su participación en el estudio.

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio clínico de investigación sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) para informarles que usted participará en un ensayo clínico y para averiguar más información específica sobre lo que pagará su plan.

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, incluyendo:

- Alojamiento y comida por una estancia en el hospital que Medicare pagaría, aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la nueva atención.

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Supongamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero el examen sería solo \$10 según los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Resúmenes de Medicare u otros documentos que muestren los servicios que ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 si desea más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando participa en un estudio clínico de investigación, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio, a menos que Medicare cubriría el artículo o servicio aun si usted *no* estuviera en el estudio.
- Productos y servicios que el estudio le da gratis a usted o a cualquier participante.
- Productos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se hagan tomografías computarizadas (CT) mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo necesita una tomografía computarizada.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**¿Quiere obtener más información?**

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa para la atención no médica”

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

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que da atención para una condición que generalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier motivo. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica). Medicare pagará solamente los servicios no médicos de cuidado de la salud prestados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica
--------------------	---

Para obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe firmar un documento legal que dice que conscientemente usted se opone a recibir tratamiento médico que “no es obligatorio”.

- Atención médica o tratamiento médico que “no es obligatorio” es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no exige* la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “obligatorio” es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo exige* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que presta la atención debe estar certificada por Medicare.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esa institución le presta servicios que se prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención en el hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan en el centro o no se cubrirá su estancia.

Los límites de cobertura y gastos compartidos hospitalarios para pacientes hospitalizados de Medicare se aplican a los servicios obtenidos en una institución religiosa no médica para la atención médica. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para poseer equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), generalmente no adquirirá la propiedad de los objetos de equipo médico duradero alquilados sin importar cuántos copagos haga por el objeto mientras sea miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) para averiguar cuáles son los requisitos que debe cumplir y cuáles documentos debe dar.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que ha hecho si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los pagos que haya hecho cuando estaba en nuestro plan no cuentan para esos 13 pagos consecutivos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, los pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de regresar a Medicare Original para ser propietario del artículo. No hay excepciones a esto cuando usted vuelva a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, entonces mientras esté inscrito, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se retira de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, debe devolver el equipo de oxígeno al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Sus gastos compartidos por la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es de 20 % del coseguro, cada mes.

Después de 36 meses de estar inscrito en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) su parte del gasto compartido cambiará el coseguro a 0 % para los concentradores. Si usa tanques o cilindros de oxígeno que necesitan entrega del contenido de oxígeno, usted paga el 20 % de la cantidad aprobada por Medicare para estas entregas.

Si aún está en el plan después de 5 años se reanuda el gasto compartido original.

Si antes de inscribirse en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) pagó 36 meses de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su gasto compartido en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) será del 20 % de coseguro.

Sección 8.3	¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?
--------------------	---

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), estuvo con Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) durante 12 meses y luego regresó a Medicare Original, pagará el gasto compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si hizo pagos durante 36 meses mientras estuvo inscrito en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) y después regresa a Medicare Original, pagará el gasto compartido completo por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que
usted paga)*

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

SECCIÓN 1	Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos	64
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos.....	64
Sección 1.2	¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?	64
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos.....	65
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	66
Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan	66
SECCIÓN 3	¿Cuáles servicios no están cubiertos por el plan?.....	109
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos (exclusiones).....	109

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos con los servicios cubiertos y muestra la cantidad que usted pagará por cada servicio cubierto como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
- “**Coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le dice más sobre su coseguro.)

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que no es correcto lo que le piden que pague, comuníquese con Atención al cliente.

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite para cuánto tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 de abajo). Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2022 es **\$3,450**. Las cantidades que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo). Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega a la cantidad máxima

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

de gastos de bolsillo **\$3,450**, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

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

Como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), una protección importante que tiene es que solo debe pagar la cantidad de gasto compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca paga más de la cantidad de costo compartido) se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor dentro de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le “facturó saldos”, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan
--

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas tiene los servicios que cubre Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios que están en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según las directrices de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo el equipo, los suministros, los servicios y la atención médica) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red en las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que le está dando y controlando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle la aprobación por anticipado antes de que pueda usted visitar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle una “remisión”. En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en negritas en el Cuadro de beneficios médicos. Además, los servicios siguientes que no están en el Cuadro de beneficios necesitan autorización previa:
 - Remisiones a proveedores fuera de la red.
 - Los servicios que son beneficios cubiertos, pero que los presta un médico fuera de su consultorio.
 - Cualquier otro servicio no mencionado específicamente en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la

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

cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2022*. Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo según Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se le aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura según Medicare Original para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de evaluación una sola vez para las personas en riesgo. El plan cubre este examen médico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen médico preventivo.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • duración de 12 semanas o más; • no específico, en que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones; y • no está asociado con un embarazo. 	<p>Usted paga un copago de \$20 por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos, como está definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que haga acupuntura debe tener un nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo exigen nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del CFR.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda dar atención si se trata de un miembro para cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. <p>El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por el servicio de ambulancia cubierto por Medicare por un viaje de una vía.</p> <p>Si lo ingresan en el hospital, no tiene que pagar el copago del servicio de ambulancia.</p> <p>Se necesita autorización previa para el transporte que no es de emergencia.</p>
<p>Examen físico anual</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de corazón, pulmón, abdominales y sistemas neurológicos Examen práctico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) Historia médica/familiar detallada Limitado a un examen por año, además de la visita anual de bienestar <p>Debe hacerse en el consultorio del PCP. Comuníquese con su PCP para concertar una cita.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de revisión médica para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de revisión médica después de haber tenido Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p> Examen médico de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años de edad • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación que están cubiertos con remisión del médico para miembros que cumplen ciertas condiciones. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$10 de copago por visita de paciente ambulatorio para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare o servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Chequeo de enfermedad cardiovascular</p> <p>Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p> Examen médico de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Debe hacerse la prueba de Papanicolaou y los exámenes pélvicos con el PCP o con un OB/GYN dentro de la red.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. 	<p>Usted paga \$20 de copago por visita para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Chequeo del cancer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses • Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunológica fecal (FIT) <p>Examen médico de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de colonoscopia (o evaluación de enema de bario como alternativa) cada 24 meses • Para personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de control cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia preventiva 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba médica de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Los servicios dentales cubiertos por Medicare que son una parte integral de un servicio médico cubierto prestado por un dentista del personal del hospital o un médico (no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, los empastes, la extracción o el reemplazo de dientes).</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por visita en el consultorio para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Cubrimos un examen médico de depresión al año. La evaluación se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Servicios de dermatología</p> <p>Cubrimos los servicios y el tratamiento que se presta de rutina en una visita en el consultorio.</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por visita en el consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p>
<p> Examen médico de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historia de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes médicos de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas médicas de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Servicios y suministros para capacitación del control de su propia diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (los que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los suministros de pruebas estándar de diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para los dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa, sensores y suministros como equipo médico duradero. Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso los accesorios que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los zapatos terapéuticos o plantillas cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el control de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación del control de su propia diabetes.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Encuentre la definición de “Equipo médico duradero” en el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante específico, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también está en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total por el equipo médico duradero.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados dados por su agencia de atención médica en casa.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El gasto compartido por servicios necesarios de emergencia prestados fuera de la red es el mismo para esos servicios proporcionados dentro de la red.</p>	<p>Usted paga un copago de \$75 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita.</p> <p>Si lo ingresan en el hospital como paciente hospitalizado o para una observación como paciente ambulatorio dentro de las 24 horas por la misma condición, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia.</p> <p>Si recibe servicios de operación como paciente ambulatorio dentro de las 24 horas por la misma condición, no tiene que</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>La atención de emergencia está cubierta dentro de los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>pagar el copago de atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, o debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan. Entonces su gasto compartido es lo que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas de educación para la salud y bienestar</p> <p>A través de Silver&Fit® los miembros tienen acceso a los fitness centers junto con el personal de apoyo, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instructores y asesores de condición física en los gimnasios • Videoteca digital de condición física en casa • Kits de condición física en casa • Clases por internet • Clases de educación para el envejecimiento saludable • Dispositivos de condición física inalámbricos para cargar consigo • Aplicaciones de teléfono móvil <p>El objetivo del beneficio es animar a los miembros para perder peso, reducir las caídas y estar más saludable. No se necesita remisión ni autorización previa para los beneficios de condición física.</p> <p>Para obtener más información, inscripción sin costo o buscar gimnasios, visite www.GlobalHealth.com.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de membresía de Silver&Fit®</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las evaluaciones de un PCP para diagnóstico de audición y de equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita a un especialista para exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.</p>
<p>Examen auditivo de rutina</p> <p>Limitado a 1 examen cada año</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen auditivo de rutina.</p> <p>Debe obtener su examen auditivo de rutina con un proveedor de GlobalHealth.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no rutinarios prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Evaluaciones auditivas de rutina</p> <p>Limitado a 1 evaluación para determinar la necesidad de un aparato auditivo cada año</p> <p>Comuníquese con NationsHearing at (877) 241-4736 (TTY:711), para programar una cita.</p> <p>NationsHearing está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los sábados, domingos y feriados federales NationsHearing grabará mensajes y devolverá oportunamente todas las llamadas dentro de 24 horas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una evaluación de aparatos auditivos.</p> <p>Debe obtener su evaluación de aparato auditivo, aparatos auditivos y la adaptación de un proveedor de NationsHearing. Otros servicios de audición no están cubiertos durante esta evaluación.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>*Aparatos auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Adaptación y evaluación de aparatos auditivos con límite de 1 por año <p>*Las compras de aparatos auditivos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 una única vez por pérdida, robo o daño de un aparato auditivo (puede aplicarse un deducible por aparato auditivo) <p>NationsHearing ofrece una selección amplia de aparatos auditivos de todos los fabricantes principales. Comuníquese con NationsHearing para obtener más información sobre su beneficio de aparatos auditivos por teléfono al (877) 241-4736 (TTY:711).</p> <p>NationsHearing está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los sábados, domingos y feriados federales NationsHearing grabará mensajes y devolverá oportunamente todas las llamadas dentro de 24 horas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los aparatos auditivos y los servicios.</p> <p>Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por estos servicios por año. Usted paga la cantidad que excede de la cantidad permitida.</p> <p>*Cualquier cantidad que pague arriba de la cantidad permitida no cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en casa, un médico debe certificar que necesita los servicios de atención en casa y ordenar los servicios prestados por una agencia de atención médica en casa. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para visitas de atención médica en casa cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>No hay gastos compartidos para los servicios de atención médica en casa y los objetos dados por una agencia de atención médica en casa. Sin embargo, el gasto compartido aplicable mencionado en otra parte del Cuadro de beneficios médicos se aplicará si el objeto no es dado por una agencia de atención médica en casa.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Terapia de infusión en casa</p> <p>La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios profesionales cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Debe recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en casa <p><u>Para los servicios en un centro de cuidados paliativos que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de un hospicio, su proveedor de hospicio enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita los servicios necesarios de no urgencia o no emergencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare “Pago por servicio” (Medicare Original) 	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios de consulta de hospicio.</p> <p>Es posible que usted tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y la atención de relevo</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Para los servicios que están cubiertos por Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</p> <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitalización por cuidados agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en lo ingresan formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado por ingreso.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son los días “adicionales” que cubrimos. Si la estancia hospitalaria supera los 190 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero, cuando haya usado estos 60 días más, su cobertura de paciente hospitalizado se limitará a 190 días.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios normales de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado 	<p>Para cada estancia cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$50 por día durante los días 1 a 5. • No hay coseguro, copago ni deducible durante los días 6 a 90. • No hay coseguro, copago ni deducible durante días ilimitados después de eso. <p>Los copagos de hospital se aplican en la fecha de ingreso.</p> <p>Nota: Si lo ingresan en el hospital en 2021 y no le dan el alta hasta algún momento en 2022, se aplicará el gasto compartido de 2021 a ese ingreso, hasta que le den el alta del hospital o los trasladen a un centro de enfermería especializada.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar.</p> <p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red son fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) da servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración • Servicios de médicos <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalarios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estancia en un hospital. Nuestro plan cubre hasta 90 días de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado por ingreso. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son los días “adicionales” que cubrimos. Si la estancia hospitalaria supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero, cuando haya usado estos 60 días más, su cobertura de paciente hospitalizado se limitará a 90 días.</p>	<p>Para cada estancia cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$50 por día durante los días 1 a 5. • No hay coseguro, copago ni deducible durante los días 6 a 90. <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar.</p> <p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluyendo todo el material y servicios del técnico. 	<p>Usted paga los mismos copagos o coseguros de los servicios mencionados en cualquier otro lugar de este cuadro de beneficios.</p> <p>Usted paga 100 % de los cargos del centro para una estancia en el hospital como paciente hospitalizado o SNF.</p> <p>Su copago o coseguro de servicios ambulatorios aplicables se aplica a los servicios y suministros cubiertos por Medicare que recibe durante una estancia en un hospital o SNF no cubierto. Consulte los servicios</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluyendo el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional 	<p>ambulatorios en otro lugar de este cuadro para ver sus costos.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>*Beneficio de comidas</p> <p>Cubrimos las comidas de los miembros que recibieron el alta en un centro para pacientes hospitalizados (Hospital, Centro de enfermería especializada o rehabilitación de pacientes hospitalizados).</p> <p>Las estancias como paciente ambulatorio en un hospital no cuentan; debe ingresar como paciente hospitalizado (si no está seguro de que es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital).</p> <p>Limitado a 2 comidas al día durante 5 días, para un total de 10 comidas, hasta de 4 altas al año.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de comidas.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare según todos los planes médicos de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro de cirugía ambulatoria. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Para quimioterapia: Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B y la administración cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo la heparina, el antídoto para heparina cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo lleva a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.GlobalHealth.com</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B y Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta médica estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Línea de enfermería</p> <p>Hay un profesional de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Los miembros pueden llamar si tienen preguntas sobre asuntos relacionados con la salud, como síntomas que están teniendo o si verán a un médico o irán al hospital.</p> <p>Llame al (800) 554-9371 (TTY: 711).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas a la línea de enfermería.</p>
<p> Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para evaluación de obesidad y la terapia preventiva.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para tratamiento asistido por medicamentos con agonistas y antagonistas de los opioides • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Orientación por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividad de consumo • Evaluaciones periódicas <p>Para encontrar un programa autorizado de tratamiento de opioides, comuníquese con Beacon Health Options al 1-888-434-9202 (TTY: 711) 7:00 a. m. – 5:00 p. m., Central.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios de programas certificados de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio • Radiografías • Análisis de laboratorio • Otras pruebas ambulatorias de diagnóstico (como ultrasonidos, electrocardiogramas, electroencefalogramas) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios cubiertos de Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia (radio e isótopos) incluyendo el material y los suministros técnicos 	<p>Usted paga \$40 de copago por visita para los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios y suministros cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estudios del sueño 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para estudios del sueño en casa cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por visita para los estudios del sueño cubiertos por Medicare en un centro ambulatorio.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas ambulatorias de diagnóstico, incluyendo, entre otras: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ecografías ○ Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para ultrasonidos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$150 por visita para otros servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes externos proporcionados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un copago de \$150 por visita para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Si ingresa en el nivel de atención de casos agudos para pacientes hospitalizados para observación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>Usted paga lo siguiente, dependiendo de los servicios que reciba.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios recibidos en un departamento de emergencias 	<p>Usted paga un copago de \$75 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita.</p> <p>Si lo ingresan en el hospital como paciente hospitalizado o para una observación como paciente ambulatorio dentro de las 24 horas por la misma condición, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia.</p> <p>Si recibe servicios de operación como paciente ambulatorio dentro de las 24 horas por la misma condición, no tiene que pagar el copago de atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, o debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el gasto compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de observación 	<p>Usted paga un copago de \$150 por visita para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Si ingresa en el nivel de atención de casos agudos para pacientes hospitalizados para observación, no tiene que pagar el copago de los servicios de observación.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga un copago de \$200 por visita para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si ingresa en el nivel de atención de casos agudos para pacientes hospitalizados por una cirugía ambulatoria, no tiene que pagar el copago de la cirugía ambulatoria.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital Suministros médicos como entablillados y yesos 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios y suministros cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello 	<p>Usted hace un copago de \$20 por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo 	<p>Usted paga el 20 % del costo total por el medicamento y la administración del medicamento. Puede estar sujeto a la terapia escalonada.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de heridas 	<p>Usted paga \$15 de copago por visita por atención médica de heridas cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Terapia de oxígeno hiperbárico 	<p>Usted paga \$20 de copago por visita por atención cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, enfermero de práctica avanzada, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p> <p>Comuníquese con su proveedor para programar una cita de telesalud. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con Beacon Health Options al 1-888-434-9202 (TTY: 711) 7:00 a. m. – 5:00 p. m.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para sesiones individuales o de grupo cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por visita para terapia ocupacional fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje en su casa.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen sesiones de orientación individuales o colectivas sobre dependencia de sustancias químicas y servicios de telesalud prestados por un psicólogo clínico, psiquiatra, médico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental autorizado por Medicare y el estado, según lo permitido por leyes estatales aplicables.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para sesiones individuales o de grupo cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Manejo de medicamentos y servicios de terapia dados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado.</p> <p>Comuníquese con su proveedor para programar una cita de telesalud. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con Beacon Health Options al 1-888-434-9202 (TTY: 711) 7:00 a. m. – 5:00 p. m.</p>	
<p>Cirugía de paciente ambulatorio, incluyendo los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por visita para los servicios cubiertos por Medicare en un departamento de cirugía ambulatoria.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Si ingresa en el nivel de atención de casos agudos para pacientes hospitalizados para una cirugía ambulatoria, no tiene que pagar el copago de la cirugía ambulatoria.</p>
<p>Medicamentos de venta libre (OTC) y suministros</p> <p>Usted es elegible para un beneficio trimestral de \$50 que debe usarse para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo, incluyendo terapia de reemplazo de nicotina. Un pedido permitido en cada período de tres meses.</p> <p>El saldo no usado no pasa al siguiente trimestre. Los precios incluyen envío, manejo e impuesto sobre ventas. El miembro puede comprar los objetos solo para sí mismo. Algunos objetos pueden necesitar una autorización previa.</p>	<p>Los precios del catálogo de objetos de venta libre (OTC) se aplican a la asignación para el beneficio. Consulte el catálogo en nuestro sitio web, www.GlobalHealth.com.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos de venta libre (OTC) y suministros (continuación)</p> <p>Llame al (888) 628-2770 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., para hacer un pedido o pedir asistencia.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio en el hospital para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio en el hospital para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted hace un copago de \$20 por día para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su PCP, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: evaluación preventiva, consulta, diagnóstico y tratamiento por su PCP <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. 	<p><u>Visitas en el consultorio del PCP:</u></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios del médico de atención primaria cubiertos por Medicare, excepto las pruebas especializadas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los medicamentos de la Parte B, durante una visita en el consultorio o por telesalud.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para consultar a un asistente médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor del consultorio del PCP.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios de telesalud.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Llame a su PCP para programar una cita de telesalud. Su PCP puede prestar servicios en línea o por teléfono Algunos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o proveedor de atención médica para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. ● Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o proveedor de atención médica para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare ● Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté ● Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté ● Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta breve no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita ● Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de un plazo de 24 horas, si: 	<p><u>Visitas en el consultorio de un especialista:</u></p> <p>Usted paga un copago de \$20 por visita en el consultorio para servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto las pruebas especializadas de diagnóstico de paciente ambulatorio y medicamentos de la Parte B durante una visita al consultorio o por telesalud.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por visita en el consultorio o por telesalud para consultar a un asistente médico, enfermero de práctica avanzada u otro proveedor de atención médica en el consultorio de un especialista.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Las visitas en otros centros durante las estancias cubiertas por Medicare están incluidas para el gasto compartido de estos servicios.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p> <p><u>Visitas de atención preventiva en el consultorio:</u></p> <p>Un servicio de atención preventiva no tiene copago. Sin</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita ● Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una operación 	<p>embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna condición médica durante la visita, se le aplicará un gasto compartido.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) 	<p>Usted paga \$20 de copago por visita por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>Usted paga \$20 de copago por visita en el consultorio para servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa para algunos servicios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (APE) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>Su PCP debe hacerle evaluaciones de cáncer de próstata.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Dispositivos prostáticos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción u operación de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para dispositivos prostéticos implantados quirúrgicamente y suministros médicos relacionados.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo de dispositivos prostéticos externos y suministros médicos relacionados.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Usted paga \$10 de copago por visita de paciente ambulatorio para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y orientación para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p> Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tienen entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco durante, al menos, 30 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>En el caso de las pruebas médicas de cáncer de pulmón con LDCT después del examen preventivo con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un proveedor de atención médica no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la Hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de STI cuando las pruebas son ordenadas por un Proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de orientación conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las da un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación para el beneficio preventivo de STI.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Usted paga lo siguiente, dependiendo de los servicios que reciba.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para servicios de educación sobre enfermedades de los riñones cubiertos por Medicare, incluyendo capacitación de autodiálisis.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3) 	<p>Usted paga el 20 % del costo total por cada tratamiento de diálisis renal en un centro ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) 	<p>Sin más cargo. Consulte “Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados” en este cuadro de beneficios médicos para ver el gasto compartido.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Equipo y suministros para diálisis en casa Ciertos servicios de apoyo en casa (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, “Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Usted paga el gasto compartido de agencia de atención médica en casa para equipo de diálisis en casa si lo da una agencia de atención médica en casa. De otra manera, usted paga el gasto compartido del equipo médico duradero.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para autodiálisis o servicios de apoyo en casa cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Puede estar sujeto a la terapia escalonada.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de “Atención en un centro de enfermería especializada”, consulte en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces “SNF”).</p> <p>No es necesaria una hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comida, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/proveedor de atención médica <p>Generalmente, recibirá la atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, en ciertas condiciones mencionadas abajo, es posible que usted pague el costo compartido dentro de la red por la atención de un centro que no sea proveedor de la red si este acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. 	<p>Para estancias en centro de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible durante los días 1 a 20. • Usted hace un copago de \$184 por día durante los días 21 a 100. <p>Un período de beneficios comienza el día de su ingreso en un SNF como paciente hospitalizado y finaliza después de no haber recibido atención como paciente hospitalizado o en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite al número de períodos de beneficios.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Eliminación del uso del tabaco (orientación para dejar de fumar y usar tabaco)</p> <p><u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p><u>Si usted consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos orientación para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios para dejar de fumar y el uso de tabaco cubiertos por Medicare de su PCP de la red o profesional de abuso de sustancias o mental para pacientes ambulatorios en una visita en el consultorio.</p> <p>Usted paga \$20 de copago por visita en el consultorio con un especialista de la red.</p> <p>Los medicamentos están cubiertos según los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 sobre sus gastos compartidos.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD.</p> <p>Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Hacerse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Hacerlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que están capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar supervisado directamente por un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones más durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$10 de copago por visita de paciente ambulatorio para los servicios SET cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>*Transporte</p> <p>Transporte terrestre que no sea de emergencia para obtener la atención y los servicios médicamente necesarios según los beneficios del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugares aprobados por el plan limitados a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas en el consultorio ○ Citas para análisis de laboratorio ○ Citas para quimioterapia/radiación/diálisis ○ Visitas al hospital para pacientes ambulatorios ○ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios • Los viajes están limitados a 12 viajes de ida por año; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes de ida • Los viajes están limitados a 50 millas, de ida • Llame con al menos 72 horas de anticipación para programar los viajes de rutina. Llame en cualquier momento para viajes urgentes • Está permitido un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años) <p>Para obtener más información sobre los lugares aprobados por el plan, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).</p> <p>Llame al (877) 565-1612 para pedir transporte.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>*Cualquier cantidad que pague arriba de las limitaciones del plan no cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>
<p>Servicios de atención de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que necesita atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden prestar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.</p> <p>El costo compartido por servicios necesarios de urgencia dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red.</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia solo se cubren dentro de los EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>Usted paga \$15 de copago por visita por servicios necesarios de urgencia cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares.</p>
<p>Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años</p> <p>Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para evaluaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>
<p>Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare, después de la operación de cataratas. Los anteojos pueden ser solo lentes, solo monturas o completos (monturas y lentes).</p> <p>Debe obtener sus anteojos y lentes de un proveedor de EyeMed.</p>
<p>Un examen de rutina complementario de la vista por año para adaptarse a anteojos <u>o</u> lentes de contacto.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>*Elección de anteojos o lentes de contacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los anteojos pueden ser: <ul style="list-style-type: none"> ○ Par (monturas y lentes) ○ Solo lentes ○ Solo monturas • Adaptación de anteojos o lentes de contacto <p>Nota: Las mejoras, como lentes con tinte o lentes progresivos, no están cubiertas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$200 por los anteojos suplementarios por año. Si los anteojos que compra cuestan más de la cantidad permitida, usted paga la cantidad que excede esta cantidad permitida.</p> <p>*Cualquier cantidad que pague arriba de la cantidad permitida no cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p> <p>Debe obtener sus anteojos y lentes de un proveedor de EyeMed.</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare.” La visita incluye una revisión de su salud, educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertas pruebas médicas y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare.”</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de ECG cubierto por Medicare por única vez si lo pide como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Es posible que los servicios médicos no preventivos prestados durante la visita necesiten un copago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pelucas para la pérdida de pelo por quimioterapia</p> <p>Cubrimos pelucas para la pérdida de pelo por tratamientos de quimioterapia.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por pelucas para la pérdida de pelo relacionada con la quimioterapia por año. Si las pelucas que compra cuestan más de la cantidad permitida, usted paga la cantidad que excede esta cantidad permitida.</p> <p>*Cualquier cantidad que pague arriba de la cantidad permitida no cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

En el cuadro abajo se indican los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos mencionados en el cuadro abajo, excepto según las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro abajo está bajo apelación para que sea un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto.)

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro que está abajo.

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

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubrimos hasta 12 visitas para el dolor lumbar crónico. Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo. Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía y también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>El cuidado de compañía es atención presta en un centro de atención residencial, hospicio o en otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	<p>✓</p>	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.</p> <p>Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Medicare Original las puede cubrir en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación).</p>
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	✓	
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa.	✓	
Comidas entregadas en casa		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubrimos 10 comidas hasta 4 veces por año después de que le den el alta de la atención como paciente hospitalizado si un proveedor del plan le ha diagnosticado y cumple ciertos criterios para los estados de enfermedad específicamente mencionados. Nuestro equipo de administración de casos coordinará sus comidas.</p>
Los servicios de ama de casa incluyen asistencia básica en casa, incluyendo limpieza básica de casa y la preparación de comida ligera.	✓	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternos).	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina		✓ La atención dental que no es de rutina que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una prótesis de pierna y se incluyen en el costo de la prótesis o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en condiciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otras ayudas para la vista deficiente.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Están cubiertos el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de la operación de cataratas.</p> <p>Un examen de la vista de rutina para adaptarse a anteojos o lentes de contacto por año y elección de anteojos suplementarios (monturas, lentes o juego completo) o lentes de contacto.</p> <p>Solo cubriremos hasta un total de \$200 por los anteojos suplementarios por año.</p>
Atención de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).</p>
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.</p>

CAPÍTULO 5

*Uso de la cobertura del plan para
sus medicamentos con receta
médica de la Parte D*

Capítulo 5. **Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D**

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	119
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	119
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D	119
SECCIÓN 2	Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan	120
Sección 2.1	Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red.....	120
Sección 2.2	Cómo buscar farmacias de la red	121
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de envío por correo del plan	122
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos?.....	124
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?	124
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	125
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	125
Sección 3.2	Hay cinco “niveles de gasto compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos.....	126
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?.....	127
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	127
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	127
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	128
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?	129
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?.....	129
Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto	129

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?	130
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	132
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?	133
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	133
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	134
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	136
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	136
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cuando surta una receta	137
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de ID de miembro	137
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de ID de miembro con usted?	137
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	138
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?	138
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)?	138
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados?	139
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	139
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos	140
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura	140
Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos	141

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 142

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

**¿Sabía usted que hay programas para ayudar a las personas para que puedan pagar sus medicamentos?**

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta *Evidencia de cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al cliente y pida el “Anexo LIS.” (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D**

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le dan durante las estancias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le indica los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estancia en el centro de enfermería especializada u hospital cubierto, y sus beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal ni con las condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios del hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*).

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La sección 9, *cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y de Medicare Original.

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas básicas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle receta.
- El profesional que receta deberá aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado/a para emitir recetas, o se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o visite al proveedor que receta debe preguntarle si cumple esta condición. Si no la cumple, tenga en cuenta que

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

toma tiempo para que el proveedor que receta presente la documentación necesaria que se procesará.

- Generalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en el plan de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la “Lista de Medicamentos”). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan

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

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta médica surtidos en las farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Usted puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para recibir sus medicamentos con receta. Su costo compartido puede ser menor en las farmacias con costos compartidos preferidos.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D**Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red****¿Cómo buscar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com) o comunicarse con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser aún más bajos para sus medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos en vez de una farmacia de red que ofrezca costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le dirá qué farmacias de red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede comunicarse con nosotros para obtener más información sobre cómo sus gastos de bolsillo podrían ser diferentes para medicamentos distintos. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita un nuevo surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle una nueva receta al proveedor o puede solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. O si la farmacia que ha estado usando sigue dentro de la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, puede cambiar a una farmacia diferente. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en casa.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Atención al cliente.
- Las farmacias que sirven el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Aviso: Este escenario sucede con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

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

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con “NM”, no disponible como pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.

Cuando usa nuestro servicio de envío por correo del plan, debe pedir **un suministro hasta de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre surtir recetas por correo, visite nuestro sitio web, www.GlobalHealth.com, o llame gratis a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-449-0359, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Generalmente, recibirá un pedido de farmacia por correo en un plazo máximo de 10 a 15 días. En el improbable caso de que haya una demora significativa con su medicamento recetado de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para darle un suministro temporal de su medicamento recetado de pedido por correo.

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

La farmacia automáticamente surtirá y entregará las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica sin consultar con usted primero, ya sea si:

- utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado o
- si se inscribió para recibir entrega automática de todas las recetas nuevas que recibió directamente de los proveedores de atención médica. Puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento si su médico nos envía sus recetas. No se necesita una solicitud especial. Puede comunicarse con Atención al cliente de CVS Caremark al teléfono gratuito 1-866-494-3927, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no quiere y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para recibir un reembolso.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Si usó los pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia automáticamente surta y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al teléfono gratuito 1-866-494-3927, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si nunca ha usado nuestra entrega de pedido por correo o decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta del proveedor de atención médica para saber si quiere que se le surta y se le envíe inmediatamente el medicamento. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad, y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y evitar cualquier retraso en el envío.

Para renunciar a las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark, llamada sin costo, al 1-844-449-0359, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse en un programa de resurtido automático llamado ReadyFill at Mail[®]. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada nuevo surtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento. Usted podrá cancelar los nuevos surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si opta por no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que crea que se le va a acabar el medicamento que tiene para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

Para salirse de ReadyFill at Mail[®] que automáticamente prepara los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros gratis a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-449-0359; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Así que la farmacia puede comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de dar a la farmacia los datos para que se ponga en contacto con usted. Llame a Atención al cliente de CVS Caremark gratis al 1-844-449-0359, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o inicie sesión en su cuenta de Caremark.com para darnos su información de contacto preferida.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D**Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de largo plazo de medicamentos?**

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro de largo plazo de medicamentos (también llamado “suministro prolongado”) de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición crónica o prolongada). Puede ordenar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias (que tienen gasto compartido preferido) pueden estar de acuerdo con aceptar una cantidad de gasto compartido más baja para un suministro de largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias pueden no estar de acuerdo con aceptar las cantidades de gastos compartidos más bajas por un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede comunicarse con Atención al cliente para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
2. Usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con “NM”, no disponible como pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos. Cuando usa nuestro servicio de envío por correo del plan, puede pedir un suministro hasta de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, abajo se definen las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red:

1. Para calificar para el beneficio de reclamo de farmacia fuera de la red, debe haber tenido uno de los siguientes:
 - Incapaz de acceder de manera oportuna a una farmacia dentro de la red abierta en una distancia de conducción razonable;

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- El medicamento no está almacenado en una farmacia de la red accesible o en una farmacia de pedido por correo;
 - El medicamento es despachado por una institución de farmacia fuera de la red mientras está en una sala de emergencias, una clínica basada en un proveedor, una operación para pacientes ambulatorios u otro entorno de atención de urgencia para pacientes ambulatorios; o
 - Es desplazado de su lugar de residencia debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública y no puede razonablemente obtener un medicamento de la Parte D en una farmacia de la red.
2. Las recetas surtidas en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro de un mes, a menos que haya circunstancias extraordinarias aprobadas por nuestro director médico que justifican los suministros de más.
 3. Los medicamentos con receta surtidos en farmacias situadas fuera de los Estados Unidos y sus territorios no están cubiertos.

En estas situaciones, **consulte primero con Atención al cliente** para ver si existe una farmacia de la red cerca. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto). Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) en el momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse).

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

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

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

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Los medicamentos en la Lista de medicamentos incluyen solamente los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este capítulo explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado).

-- o -- respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de gasto compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos
--

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de gasto compartido. En general, entre más alto es el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento.

- Nivel 1 de gasto compartido: Medicamentos genéricos preferidos: el nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y de marca.
- Nivel 2 de gasto compartido: Medicamentos genéricos: el nivel 2 incluye medicamentos genéricos y de marca.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Nivel 3 de gasto compartido: Medicamentos de marca preferidos: el nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de gasto compartido: Medicamentos de marca no preferidos: el nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 de gasto compartido: Medicamentos especializados: el nivel 5 es el nivel más alto. Contiene medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que necesitan manejo especial o monitoreo estrecho.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte electrónicamente nuestra lista de medicamentos más reciente.
2. Visite el sitio web del plan (www.GlobalHealth.com). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
3. Llame a Atención al cliente para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o pida una copia de la lista. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos más asequible.

En general, nuestras normas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione médicamente tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para motivarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de costo más bajo.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

También debemos cumplir las normas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.

Si quiere que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica.** Generalmente no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como “**autorización previa**”. Algunas veces el requisito de obtener la aprobación por anticipado ayuda a guiar sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente tan efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le solicite que primero pruebe el Medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**terapia en pasos**”.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener al limitar cuánto medicamento puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para ver la información más actualizada, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com).

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con Atención al cliente para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si quiere que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

piensan que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que quiere no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted quiere. O, es posible que existan límites sobre la cantidad de medicamento (número de píldoras, etc.) cubierto durante un período determinado de tiempo. En algunos casos, es posible que desee que no se aplique la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente. El plan pone cada medicamento cubierto en uno de cinco diferentes niveles de gasto compartido. Cuánto paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay cosas que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para tener el medicamento cubierto.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando ya **no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- o el medicamento que ha estado tomando ahora **está restringido de alguna manera** (la Sección 4 en este capítulo le explica las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen abajo:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para dar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además de la situación al suministro de transición temporal que se indica arriba.

Para los miembros actuales con un cambio en su nivel de atención:

- Si tiene un cambio en su centro de atención (como el alta o que haya ingresado a un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden pedir un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta de 31 días) le da tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Para pedir un suministro temporal, puede comunicarse con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le explican más sobre estas opciones.

Cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. Puede llamar a Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se quitará de la lista de medicamentos o se restringirá de alguna manera para el año próximo, le permitiremos solicitar una excepción al formulario por adelantado para el año próximo. Le indicaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el siguiente año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y les responderemos en las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del proveedor que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente en un nivel

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Puede llamar a Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro nivel 5 (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de una cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?****Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. Abajo están los tiempos en que recibiría un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando. Puede comunicarse con Atención al cliente para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

¿Los cambios a la cobertura afectan de inmediato a su medicamento?

Cambios que le pueden afectar ese año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Nosotros podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recién aprobada que estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir que se conservará el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero podemos moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto, agregar nuevas restricciones o ambas.
 - Puede ser que no le informemos con antelación antes de que hagamos el cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá información de los pasos que puede tomar para pedir la excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento podría retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto sucede, eliminaremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - El proveedor que receta también estará enterado de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.
- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas. También podemos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un nuevo surtido para 30 días del medicamento de marca que está tomando, en una farmacia de la red.
 - Después de que reciba aviso del cambio, debe trabajar con el proveedor que receta para cambiar al medicamento diferente que cubramos.
 - O, usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios a medicamentos en la en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento actualmente: Para cambios a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si continúa en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que está tomando, (pero no debido a un retiro del mercado un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento. No recibirá aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, los cambios lo

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que revise la Lista de medicamentos del año nuevo del beneficio para ver si hay algún cambio a los medicamentos.

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 con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. No pagaremos por los medicamentos que estén enumerados en esta sección. La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El “uso para indicaciones no autorizadas” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura para “uso fuera de lo indicado” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX. Si ninguna de estas referencias respalda el uso del medicamento, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso para indicaciones no autorizadas”.

Además, de acuerdo a la ley, las categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se utilizan para promover la fertilidad
- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Medicamentos cuando se utilizan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar 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 teléfonos e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de ID de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de ID de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de ID de miembro del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte de gasto compartido del costo de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de ID de miembro con usted?

Si no lleva su tarjeta de ID de miembro del plan cuando surte su receta, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento con receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede pedirnos que **le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?**

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta médica durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que el medicamento cumpla todas las normas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) tiene más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta que: Cuando ingrese, viva o salga de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo cancelar su membresía en el plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare diferente).

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

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención de largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **surtido temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días o menos si tiene una receta para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo (LTC) puede dar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer.

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

¿Tiene (usted o su cónyuge) actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la ‘cobertura acreditable’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare.

Guarde estos avisos sobre cobertura acreditable ya que los podría necesitar en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable de parte de su plan de grupo de jubilados o empleador, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de jubilados o empleador, o del empleador o el sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra el dolor o la ansiedad que no estén cubiertos por el hospicio porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de hospicio o al proveedor que receta que se asegure de que recibamos la notificación indicando que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted le pida a una farmacia que surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si fuera dado de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, debe llevar su documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o su condición de alta. Consulte las partes anteriores de esta sección sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D; el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) tiene más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. En estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de sus medicamentos opiáceos

Contamos con un programa que puede ayudarnos a asegurar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta médica y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opiáceos, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opiáceos o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Estas limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opiáceos o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.
- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opiáceos o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiazepina que cubriremos para usted

Si pensamos que una o más de estas limitaciones debería aplicar para usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique las limitaciones que, en nuestra opinión, deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de hacer mal uso de los medicamentos con receta o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a pedirnos una apelación. Si opta por apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo comunicarse para presentar una apelación.

El DMP podría no aplicarse para usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de administración de terapia con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen por escrito de esta revisión. El resumen tiene un plan de acción médico que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos y tendrá espacio para que usted haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta que tenga de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve consigo, además, su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con sus documentos de identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga por sus
medicamentos con receta
médica de la Parte D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	146
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otro material que explique la cobertura para medicamentos.....	146
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos.....	147
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que está cuando obtiene el medicamento	147
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)?	147
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está	149
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”).....	149
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos.....	149
SECCIÓN 4	No hay deducible para Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).	151
Sección 4.1	No paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D.....	151
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte	151
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo obtiene	151
Sección 5.2	Un cuadro que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento	152
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo	154
Sección 5.4	La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento de <i>largo plazo</i> (hasta de 90 días)	155
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos del año lleguen a \$4,430	156

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Sección 6	Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan tiene alguna cobertura de medicamentos.....	157
Sección 6.1	Permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a \$7,050	157
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta	158
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos	160
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	160
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	161
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna	161
Sección 8.2	Le recomendamos que llame a Atención al cliente antes de recibir una vacuna.....	163



¿Sabía usted que hay programas para ayudar a las personas para que puedan pagar sus medicamentos?

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta Evidencia de cobertura relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que le indica sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al cliente y pida el “Anexo LIS.” (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otro material que explique la cobertura para medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que damos en este capítulo, debe saber lo fundamental de cuáles medicamentos están cubiertos, donde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Este material explica los aspectos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, le llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos indica cuáles medicamentos están cubiertos para usted.
 - Además, indica en cuál de los cinco “niveles de gasto compartido” está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). También puede

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 hay información sobre su cobertura de medicamentos con receta, incluyendo las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no cubre nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener información). En el *Directorio de farmacias* hay una lista de las farmacias de la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres maneras como pueden pedirle que la pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)?

Como se muestra en la tabla de abajo, hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta según Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en que está en el momento en que obtiene un surtido o nuevo surtido de una receta. Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Etapa 1 <i>Deducible anual</i> <i>Etapa</i>	Etapa 2: <i>Cobertura inicial</i> <i>Etapa</i>	Etapa 3: <i>Período sin cobertura</i> <i>Etapa</i>	Etapa 4: <i>Catastrófica</i> <i>Etapa de</i> <i>cobertura</i>
<p>Ya que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.</p>	<p>Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales del medicamento” del año a la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) lleguen a un total de \$4,430.</p> <p>(La información está en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Para los medicamentos genéricos de Nivel 1 y Nivel 2 y los medicamentos genéricos antidiabéticos orales de Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de cobertura inicial. Para los medicamentos de marca de Nivel 1 y Nivel 2 y los medicamentos de marca orales contra la diabetes, insulina y jeringas de insulina del Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de cobertura inicial.</p> <p>Para otros medicamentos usted paga 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo de despacho) y 25 % de los costos de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” del año a la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$7,050. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas de los costos que cuentan para esta cantidad.</p> <p>(La información está en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2022).</p> <p>(La información está en la Sección 7 de este capítulo.)</p>

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”)
--

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

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

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta médica a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con el proveedor que receta sobre estas opciones de costo más bajo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe tiene la información del pago de las recetas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información “del año a la fecha”. La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información tendrá el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Aquí se incluirá información de otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo con receta que puedan estar disponibles.

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

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- **Muestre su tarjeta de ID de miembro cuando surta una receta.** Para asegurarse de que sepamos de las recetas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que es posible que pague por medicamentos con receta cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Aquí presentamos algunas situaciones en las que le aconsejamos que nos dé copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando hace un copago por los medicamentos que se dan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
 - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llámenos a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).

Sección 4.1 No paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D.
--

No hay deducible para Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). Usted empieza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o cantidad de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene cinco niveles de gasto compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de gasto compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 de gasto compartido: Medicamentos genéricos preferidos: el nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y de marca.
- Nivel 2 de gasto compartido: Medicamentos genéricos: el nivel 2 incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Nivel 3 de gasto compartido: Medicamentos de marca preferidos: el nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 4 de gasto compartido: Medicamentos de marca no preferidos: el nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5 de gasto compartido: Medicamentos especializados; el nivel 5 tiene el costo más alto. Contiene medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que necesitan manejo especial o monitoreo estrecho.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar
- Una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos
- Una farmacia fuera de la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Generalmente, cubriremos sus recetas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen costo compartido preferido. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen costo compartido estándar para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Sus costos pueden ser más bajos en farmacias que ofrecen costo compartido preferido.

Sección 5.2 Un cuadro que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en el cuadro siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido de su medicamento. Tenga en cuenta:

- si el costo del medicamento cubierto es menor que la cantidad del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea más bajo*.
- Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta que surtió en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento de receta cubierto por la Parte D:**

	Gasto compartido estándar para farmacia (dentro de la red) (un suministro hasta de 30 días)	Gasto compartido preferido para farmacia (dentro de la red) (un suministro hasta de 30 días)	Gasto compartido de pedido por correo (un suministro hasta de 30 días)	Gasto compartido para atención médica de largo plazo (LTC) (un suministro hasta de 31 días)	Gasto compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información). (un suministro hasta de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5	\$0	Estándar: \$5 Preferido: \$0	\$5	\$5
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$20	\$15	Estándar: \$20 Preferidos: \$15	\$20	\$20
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$47	\$42	Estándar: \$47 Preferidos: \$42	\$47	\$47
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$100	\$95	Estándar: \$100 Preferidos: \$95	\$100	\$100
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un medicamento cubierto durante un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos por menos de un mes. Puede haber ocasiones cuando desee solicitar a su médico que le recete menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez cuando se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

La cantidad que pague cuando reciba menos del suministro completo de un mes dependerá de si usted es responsable de pagar coseguro (un porcentaje del costo total) o copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que usted paga será menor.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, su copago será basándose en el número de días que reciba del medicamento. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.
 - Le presentamos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Significa que la cantidad que paga por su medicamento es de \$1 por día. Si recibe suministro de medicamento para 7 días, su pago será de \$1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione bien antes de pagar por el suministro de todo el mes. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, uno o varios medicamentos para menos de un mes completo. Esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas de manera que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá del suministro de los días que reciba.

Sección 5.4 La tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento de *largo plazo* (hasta de 90 días)

Para algunos medicamentos puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro prolongado”) cuando surte su receta. El suministro de largo plazo es hasta de 90 días. (Para obtener información de dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra sus pagos cuando recibe un suministro de largo plazo de un medicamento (hasta de 90 días).

Tenga en cuenta: Si el costo del medicamento cubierto es menos que la cantidad del copago que aparece en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea más bajo*.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

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

	Gasto compartido de medicamentos estándar en farmacia (dentro de la red) (un suministro hasta de 90 días)	Gasto compartido de medicamentos preferidos en farmacia (dentro de la red) (un suministro hasta de 90 días)	Gasto compartido de pedido por correo (un suministro hasta de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$15	\$0	Estándar: \$15 Preferido: \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	\$60	\$0	Estándar: \$60 Preferido: \$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$141	\$84	Estándar: \$141 Preferido: \$84
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$300	\$190	Estándar: \$300 Preferido: \$190
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	No hay un suministro de largo plazo para los medicamentos del nivel 5 (medicamentos especializados)	No hay un suministro de largo plazo para los medicamentos del nivel 5 (medicamentos especializados)	No hay un suministro de largo plazo para los medicamentos del nivel 5 (medicamentos especializados)

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos del año lleguen a \$4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta que usted surta o resurta llegue **al límite de \$4,430 para la Etapa de cobertura inicial.**

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D pagó:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esta incluye:
 - El total que usted pagó como su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **El total que pagó el plan como** su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2022, la cantidad que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar el control de cuánto han gastado usted y el plan, como así también cualquier tercero, en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le avisaremos si alcanza esa cantidad de \$4,430. Si cubre esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

Sección 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, el plan tiene alguna cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de período sin cobertura hasta que los gastos de bolsillo lleguen a \$7,050
--

Cuando usted está en la Etapa de período sin cobertura, el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare tiene descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan hacia sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el período sin cobertura.

Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) da más cobertura del período sin cobertura para medicamentos de marca en los niveles 1, 2 y 3. Usted paga el copago de los medicamentos de marca en los niveles 1 y 2 y los medicamentos antidiabéticos, insulina y jeringas del nivel 3. Consulte las Secciones 5.2 y 5.3 de este capítulo para obtener más información sobre los copagos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del cargo de despacho para los medicamentos de marca en otros niveles. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan hacia sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más de 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto.

Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) da más cobertura del período sin cobertura para medicamentos genéricos en los niveles 1, 2 y los medicamentos antidiabéticos orales del nivel 3. Usted paga el mismo gasto compartido por los medicamentos genéricos de nivel 1 y nivel 2 y los medicamentos antidiabéticos orales del nivel 3, que pagó en la Etapa de cobertura inicial.

Usted paga el 25 % del costo de medicamentos genéricos de otros niveles. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75 % o más) no se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que usted paga para pasar el período sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2022, esa cantidad es de \$7,050.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando llega al límite de gastos de bolsillo de \$7,050, sale de la Etapa de período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta
--

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos control de sus gastos de bolsillo de sus medicamentos.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que mencionados abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
 - Etapa de período sin cobertura

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por la mayoría de organizaciones de beneficencia, por Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos efectuados por el programa “Ayuda adicional” de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que están pagando en su nombre) hayan gastado un total de \$7,050 de gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **no está permitido** incluir ninguno de estos tipos de pago por medicamentos con receta:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia que no pertenece a la red y que no cumple los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluyendo los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que hace por los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes médicos de grupo, incluyendo planes médicos del empleador.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que hacen terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación para los trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas arriba paga parte de o todos sus gastos de bolsillo de medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Llame a Atención al cliente para informarnos (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo hay información sobre este informe). Cuando llegue a un total de \$7,050 en gastos de bolsillo para el año, este informe le dirá que ya salió de la Etapa de período sin cobertura y que pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan llegado al límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará casi todos los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, lo que sea la cantidad *mayor*:
 - – *ya sea* – coseguro de 5 % del costo del medicamento.
 - – *o* – \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.85 por todos los demás medicamentos.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna en sí misma de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna
--------------------	--

Nuestro plan da cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama “administración” de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué es la vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas mencionadas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. ¿Quién le administra la vacuna?**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Para mostrarle cómo funciona esto, abajo hay tres maneras habituales como podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluyendo la administración) durante la Etapa de período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad del copago de la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluyendo la administración)

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

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre por administrar la vacuna.

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Atención al cliente antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Recomendamos que nos llame primero a Atención al cliente cuando planea recibir una vacuna. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

- Le podemos decir cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos decir cómo mantener bajo su propio costo al utilizar los proveedores y las farmacias en nuestra red.
- Si no puede utilizar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos	166
Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso	166
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió	169
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	169
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	170
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos.....	170
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el médico	170
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	171
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo	171

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso**

En ocasiones cuando recibe atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague de inmediato el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama “reembolso”). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

Abajo hay ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencias de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe servicios necesarios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable solamente del pago de su parte del costo, no del costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga la cantidad completa en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- A veces puede recibir una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solamente solicitarle a usted su parte del costo. Pero, algunas veces, cometen errores, y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca paga más de la cantidad de costo compartido) se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame a Atención al cliente para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el pago y las fechas de vencimiento para pedirlo. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de ID de miembro para surtir una receta, puede ser que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en unas cuantas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer más).

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

5. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no tiene su tarjeta de ID de miembro del plan

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en *La Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

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

- Si recibe ayuda y paga los copagos según un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera del beneficio de nuestro plan, puede presentar un reclamo en papel para que sus gastos de bolsillo cuenten para calificar para la cobertura catastrófica. Guarde su recibo y envíenos una copia.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago**Reclamos médicos:**

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (www.GlobalHealth.com) o puede llamar a Atención al cliente para pedir el formulario. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier facturas o recibos a esta dirección:

Reclamos médicos:

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

Reclamos de medicamentos con receta:

CVS Caremark Part D
Reimbursement Request
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada, *Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido.*

Reclamos médicos: debe presentarnos su reclamo dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que recibió el servicio, el objeto o el medicamento.

Reclamos de medicamentos con receta: debe presentarnos su reclamo dentro de los tres años siguientes a la fecha en que recibió el objeto o el medicamento de la Parte D.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Póngase en contacto con Atención al cliente si tiene preguntas (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este manual). Si no sabe qué tenía que haber pagado o si recibe facturas con las que no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos.)
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el médico
--

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener los detalles sobre cómo realizar esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y proporciona las definiciones de los términos

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede dirigirse a la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el Capítulo 9.

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

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que deberá informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En cambio, usted nos indica sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

He aquí dos situaciones en las que deberá enviarnos las copias de los recibos para indicarnos los pagos que ha hecho por sus medicamentos:

1. Cuando compre un medicamento por un precio inferior a nuestro precio

En ocasiones, cuando está en la Etapa de período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es inferior a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer un precio especial por el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuentos además de nuestro beneficio, que ofrece un precio menor.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta: Si está en la Etapa del período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero, enviar una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y puede ayudarlo a calificar más rápidamente para la Etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta: Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte del costo de este medicamento. El envío del recibo nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

Ya que no está pidiendo el pago en los dos casos descritos arriba, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	175
Sección 1.1	Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)	175
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	175
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....	176
Sección 1.4	Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	182
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	183
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	185
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	186
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	186
Sección 1.9	Información sobre evaluaciones de nueva tecnología.....	187
Sección 1.10	Puede hacer sugerencias sobre los derechos y responsabilidades.....	187
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades.....	187
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	187

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan****Sección 1.1 Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)**

Para obtener información de nosotros de manera que sea funcional para usted, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos darle la información en español o en letra grande, si usted lo necesita. Debemos darle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de manera que sea funcional para usted, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Director of Compliance and Legal Services, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, Teléfono: 1-877-280-5852 (gratis), o envíe un correo electrónico a: compliance@globalhealth.com.

También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo o puede comunicarse con el Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que se encuentre dentro de la red del plan para dar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más acerca de esto). Llame a Atención al cliente para obtener información sobre los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. Consulte en la Sección 2.2 del Capítulo 3 otros tipos de atención médica que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto indica lo que usted puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le dice lo que puede hacer.)

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal
--

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información médica personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso por escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está dando atención o pagando su atención, *debemos obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito puede entregarlo usted o cualquier persona a quien usted le haya dado autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Por ejemplo, debemos revelar la información médica a las agencias del gobierno que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud incluida la información sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corriamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

GlobalHealth Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (“PHI”) SE PUEDE USAR Y/O DIVULGAR. REVÍSELO ATENTAMENTE.

GlobalHealth se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de la información médica protegida (“PHI”) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y las reglamentaciones estatales y federales correspondientes, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (“HITECH”).

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información médica

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

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

Para operaciones del plan médico. Nosotros podemos usar o revelar la PHI sobre usted con fines operativos del Plan médico. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejoramiento 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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y revelar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención.

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 las 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 compensación para los trabajadores.
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a una persona o al público y dicha divulgación se hace a alguien que puede prevenir o disminuir la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo requiera la ley.

Asociados comerciales. Podemos usar y/o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para proporcionar servicios en nombre nuestro. Los ejemplos pueden incluir consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de almacenamiento de datos y registros electrónicos de salud, etc. Solo haremos estas divulgaciones si recibimos una garantía satisfactoria que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Familia, amigos y encargados del cuidado. Podemos divulgar su PHI a un familiar, encargado del cuidado 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.

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 y/o divulgar su PHI para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para el tratamiento o atención médica. Esto se puede hacer a través de correo directo, correo electrónico o llamada telefónica. Si no está en su hogar, 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 con receta médica.

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

A cualquier otro medicamento. Divulgaremos su PHI para propósitos que no se describen en este aviso solo con su autorización por escrito. La mayoría de 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.

NOTA: 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 médicaDerecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no 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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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 nosotros en una dirección o número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito e identificar cómo o 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 pedir un informe de ciertas revelaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas revelaciones hechas para tratamiento, pago o atención médica u operaciones del Plan médico y revelaciones que se le hacen a usted, las autoriza usted o según este Aviso. Para recibir un informe, debe presentar su solicitud por escrito y proporcionar el periodo 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, 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 su solicitud a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia o la revelación ya se haya hecho o que la ley necesite la revelación. 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 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. Denegaremos 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 la notificación sobre cualquier incumplimiento de su PHI no protegida.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Derecho a revocar la 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 de recibir una copia de este aviso

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.

Cambios a este aviso

GlobalHealth se reserva el derecho a cambiar este aviso y tomar nuevas disposiciones para toda la PHI que conservamos.

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 director de Privacidad en:

**ATTN: Privacy Officer
GlobalHealth
210 Park Avenue
Suite 2800
Oklahoma City, OK 73102**

**Llamada sin costo 1-877-280-5852 (deje mensaje) o
Correo electrónico privacy@globalhealth.com**

También puede presentar una queja ante el U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Building, Washington, D.C. 20201. No se lo multará ni sufrirá represalias por presentar una queja.

Fecha de vigencia: 08/01/2021

Aviso original: 04/01/2003
Revisado: 04/01/2011
04/01/2013
08/01/2021

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que le vaya bien a usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere alguno de los tipos de información siguientes, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las Calificaciones de estrellas del plan, incluyendo la forma los miembros del plan lo han calificado y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red incluyendo nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene el derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener una lista de farmacias en la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
 - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.
- Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si usted tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Tiene la información sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo realizar un reclamo sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por la atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto quiere decir que tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.

- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**mandato para atención médica**” son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

Si quiere utilizar un formulario de “directivas anticipadas” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si quiere tener directivas anticipadas, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Atención al cliente para pedir los formularios (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó un formulario de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital.**

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmarlo.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó una declaración de voluntad y cree que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, usted puede presentar una queja ante

Oklahoma Board of Medical Licensure and Supervision
101 NE 51st St
Oklahoma City, OK 73105-1821

Teléfono: 1-800-381-4519 (gratis) o (405) 962-1400 (local)

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Tiene información de cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o preocupación depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con justicia.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?****Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos y *no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede **llamar a Atención al cliente** (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Atención al cliente** (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación puede encontrarse en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, 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.

Sección 1.9 Información sobre evaluaciones de nueva tecnología

La tecnología que cambia rápidamente afecta la atención médica y la medicina tanto como en cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico tiene beneficios de largo plazo, nuestro plan monitorea cuidadosamente y evalúa las nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y medicamentos nuevos.

Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre los derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades incluidos en este capítulo. Llame a Atención al cliente si tiene sugerencias (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

La lista de lo que debe hacer como miembro del plan está abajo. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use este folleto de *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame a Atención al cliente para informarnos (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
 - Debemos seguir las normas que establecen Medicare para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se le llama “**coordinación de beneficios**” debido a que involucra la coordinación de beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

(Para obtener más información sobre la “Coordinación de beneficios”, consulte el Capítulo 1, Sección 10).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden por medio de darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y de la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos.
 - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Este será un copago (una cantidad fija). El Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6 se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta médica de la Parte D.
 - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre “Cómo presentar una apelación”.
 - Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si es necesario que usted pague la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagarla directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Indíquenos si se muda.** Si se va a trasladar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
 - **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si usted se retira de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual puede afiliarse a otro plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos informar si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Atención al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o preocupaciones.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los teléfonos y las horas para llamar a Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto.
 - Para mayor información acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*Qué hacer si tiene un problema o
queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

<u>Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</u>	
SECCIÓN 1	Introducción 194
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja 194
Sección 1.2	Acerca de los términos legales 194
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 195
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada 195
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar? 195
Sección 3.1	¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas? 195
DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES 196	
SECCIÓN 4	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones 196
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia 196
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 198
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación? 199
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 199
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 199
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que desea) 201
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) 205
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2 208
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 211

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	212
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D	212
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	214
Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones.....	216
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	217
Sección 6.5	Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	221
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	224
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto	226
Sección 7.1	Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos	227
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	228
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	231
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	233
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto	236
Sección 8.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:</i> Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)	236
Sección 8.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura.....	237
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo.....	237
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo.....	240

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	241
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores	244
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	244
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	246
CÓMO PRESENTAR QUEJAS		247
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones.....	247
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?.....	248
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	249
Sección 10.3	Paso a paso: Cómo presentar un reclamo.....	250
Sección 10.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad	251
Sección 10.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja.....	251

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para tratar los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de poner quejas**.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y un manejo inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

¿Cuál utiliza usted? Depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales que utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que está. Conocer qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos la información para manejar tipos específicos de situaciones.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

**SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno
que no tienen conexión con nosotros**

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para tratar con un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Busque ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a los consejeros de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los consejeros en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si usted tiene un problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será útil.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación,
EMPIECE AQUÍ

¿Su problema o preocupación está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular tienen cobertura o no, la forma en la que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o cobertura.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones”**.

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia
--------------------	--

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones trata con los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluyendo los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a darle atención

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esa decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las normas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o expedita o apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de apelación, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la realiza una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá pedir una Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación**

¿Quiere ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Atención al cliente** (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
- **Usted puede obtener ayuda gratis** del Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
 - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada al Nivel 1, automáticamente se transmitirá al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
 - Para los medicamentos con receta médica de la Parte D, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) y pida el formulario de “Nombramiento de Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com). El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le dan servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos la información de cada una en una sección separada:

- La **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como pacientes hospitalizados más prolongada si cree que el médico le está dando de alta muy pronto”
- La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto” (*Se aplica únicamente a estos servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los teléfonos para este programa).

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. Para facilitar las cosas, generalmente hablamos sobre “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye productos o servicios médicos así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

casos, aplican reglas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los productos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y considera que nuestro plan la cubre.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle y usted considera que el plan la cubre.
3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica.
4. Recibió atención médica, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedir que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más larga si cree que el médico le está dando de alta muy pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un CORF.

Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que la atención médica que ha recibido va a detenerse, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que quiere.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2 .
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura es sobre su atención médica, se llama una **“determinación de organización.”**

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si necesita una respuesta rápida por su salud, debe pedirnos que tomemos una **“decisión de cobertura rápida.”**

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se llama una **“determinación expedita”**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que quiere

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o demos cobertura para la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está pidiendo una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Generalmente, usamos fechas límites estándar para darle nuestra decisión

Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud por **un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores de fuera de la red) que le pueda ser beneficiosa. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su condición médica lo necesita, solicite que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 72 horas si su solicitud es por un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - **Sin embargo**, para una solicitud por **un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si vemos que falta información que pudiera beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura de atención médica *que no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta diciéndolo (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
 - Esta carta le dirá que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida para una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó arriba, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro del plazo de 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al final de ese período), o dentro del plazo de 24 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B,

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación explica cómo se presenta una apelación.

- **Si nuestra respuesta es que no aparte de o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para una solicitud de un producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un período de tiempo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tardar días extras para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta en el plazo de 14 días calendario (o si existe un período de tiempo extendido, al final de ese período), o en 72 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho de apelar. La Sección 5.3 a continuación explica cómo se presenta una apelación.
- **Si nuestra respuesta es que no aparte de o todo lo que ha solicitado**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si quiere hacer una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que continuará hacia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información de cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, en el Capítulo 2, Sección 1 busque la sección “*Cómo comunicarse con nosotros cuando esté presentando una apelación sobre su atención médica*”.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*).
 - Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) y pida el formulario de “Nombramiento de Representante”. 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. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se descartará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su atención médica*).**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique el motivo de la tardanza para presentarla. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación.
 - Si lo quiere, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si es necesario por su salud, solicite una “apelación rápida” (puede hacer la solicitud con una llamada)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “ determinación expedita ”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida.” Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron antes en esta sección).
- Si su médico nos indica que por su salud se necesita una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, cuidadosamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Cuando utilizamos las fechas tope rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si es necesario por su salud que lo hagamos.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es que sí a parte de o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que solicitó**, enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a la solicitud de un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que no ha recibido todavía. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su condición médica nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta en la fecha límite correspondiente de arriba (o cuando termine el período de tiempo extendido si tomamos más días en su solicitud para un artículo o servicio médico), debemos pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de Revisión Independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 30 días calendario, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de un plazo de 7 días calendario**, si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte de o todo lo que solicitó**, enviamos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las normas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos para su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la llama “**IRE**”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación “rápida”, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación “rápida” a nuestro plan también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2 La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

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

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación estándar a nuestro plan también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2 Si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de **un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si su solicitud es para un

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa a una parte o todo de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o darle el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar o en el plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes expeditas.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa a una parte o todo de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B que está en disputa en el plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar** o en el plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También como “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “respalda la decisión”, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cubrir un monto mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--------------------	---

Si quiere solicitarnos el pago para la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar el reembolso de su dinero o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la papelería que solicita el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*). También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que *sí* a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos los servicios y las razones por qué en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que *no* a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita el pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D
--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo.
- Para detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

para sus medicamentos con receta médica de la Parte D) y el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una “ Determinación de cobertura ”.

A continuación encontrará unos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluyendo:
 - La solicitud de cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (*Formulario*)
 - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
 - Cómo solicitar pagar una cantidad de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.
- Usted pide que paguemos por un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro de abajo para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita.	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Nos puede solicitar que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro proveedor que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar.)

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se llama solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos cubiertos”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del gasto compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos). No puede pedir una excepción de la cantidad de copago o coseguro que necesitamos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (*Formulario*) (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se llama solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos cubiertos”**.

- Las normas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - *Que se le solicite utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes que aceptemos cubrir su medicamento por usted. (Algunas veces se le llama “autorización previa”).
 - *Que se le solicite que intente primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Algunas veces se le llama “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.
- Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de gastos compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.

Términos legales

Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una “**excepción de nivel**”.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto podría reducir su parte del costo por el medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas, ya sea de marca o genéricas, para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gastos compartidos de cualquier medicamento en el nivel 5 (Medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u proveedor que receta deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor que receta cuando solicite la excepción.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 indica cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si es necesario obtener una respuesta rápida por su salud, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”. No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Lo que debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que quiere.** Empiece por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor que receta) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener la información, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le devolvamos el pago de un medicamento, diríjase a la sección llamada, *Dónde enviar una solicitud que nos pide pagar nuestra parte del costo para la atención médica o un medicamento que usted recibió*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Usted o su médico o alguien más que esté actuando en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento**, empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si solicita una excepción, dé la “declaración de respaldo”**. Su médico u otro proveedor que receta debe darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (La denominamos “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico u otro proveedor que receta pueden explicarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración por escrito, si es necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se llama una “ determinación de cobertura expedita ”.

Si su condición médica lo necesita, solicite que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un medicamento que no ha recibido aún. No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si su médico u otro proveedor que receta nos indica que por su salud se necesita una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro proveedor que receta), decidiremos si se necesita por su salud que le demos una cobertura rápida decisión.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta diciéndolo (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
 - Esta carta le dirá que, si su médico u otro proveedor que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos decisión una cobertura rápida.
 - O La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requisito.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de un período de 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada en las **siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Los plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en los **siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí en todo o en parte a su solicitud**, también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “reconsideración” del plan.
--

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Lo que debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otro proveedor que receta) deben comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener información de cómo contactarnos por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número telefónico que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluso las solicitudes que se presenten en el formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en la notificación escrita que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

límite y tiene un buen motivo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación.
 - Si quiere, usted y su médico u proveedor que receta pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “reconsideración expedita” .

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otro proveedor que receta deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los requisitos para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor que receta para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si estamos utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no ha recibido todavía. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y es necesario por su condición médica. Si cree que es necesario por su salud, debe pedir una apelación “rápida”.
 - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que aceptamos dar tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión dentro de un período de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o todo lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago dentro de un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la llama “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para tal decisión.

Fechas límite para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo necesita, solicite a la Organización de Revisión Independiente que le dé una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de un período de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 7 días** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días** calendario después de la recepción de su solicitud.
 - **Si la Organización de Revisión Independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la revisión organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También como “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “respalda la decisión”, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cubrir un monto mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple el requisito, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá la información de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- El día que deja el hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- Si cree que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en los dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta si no lo entiende.** Ahí se explican sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia y su derecho a saber quién va a pagar por ella.
 - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
 - Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) o 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 podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--

Si quiere solicitar que cubramos sus servicios en el hospital de paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha establecida para que salga del hospital).
 - Si satisface esta fecha tope, se le permite que se quede en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
 - Si *no* satisface esta fecha tope y decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* del cuidado de hospital que reciba después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía quiere apelar, debe entonces presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra manera de hacer su apelación consulte la Sección 7.4.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe pedir a la Organización para la mejora de la calidad una **“revisión rápida”** de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales

Una **“revisión rápida”** se llama también una **“revisión inmediata”** o una **“revisión acelerada”**.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con su fecha de alta planificada y explicando en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se llama el **“Aviso detallado del alta”**. Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí* a su apelación, debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada para el alta.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un periodo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación respecto a su alta del hospital. (“Rápido” significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación expedita**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión acelerada.”** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Verificamos si la decisión de cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

- En esta situación, usaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva**, significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos brindando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso automáticamente será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las normas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo describe cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios en el hospital de paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar a una Apelación de Nivel 3, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará muy pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	--

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica en casa** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*)
- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en una Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Esto generalmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*)

Cuando obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - El aviso por escrito también le indica lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión respecto a cuándo terminar su atención, y para continuar cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede pedir una “**apelación acelerada**”. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejaremos de cubrir su atención. (La Sección 8.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se llama “**Aviso de no cobertura de Medicare**”.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 1 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo se le dice cómo presentar una queja).

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedirles?

- Solicítele a esta organización una “apelación rápida” (que haga una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener información sobre esta otra manera de hacer su apelación consulte la Sección 8.5.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte explicando en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
A este aviso de explicación se le conoce como “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo atención médica en casa, o atención de centro de enfermería especializada, o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es en el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su Apelación de Nivel 1 - y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura del cuidado - entonces puede poner otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una Apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su cuidado durante más tiempo
--

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que haya terminado su cobertura del cuidado, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en el hogar o en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que *no* a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación de Nivel 1 alterna:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión acelerada”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Nosotros hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si decimos que sí a su apelación rápida**, quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos prestando los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si continuó recibiendo atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha cuando su cobertura terminó, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos “no” a su apelación acelerada, su caso será automáticamente elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos todas las normas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación rápida.” Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo describe cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice sí a su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir dando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación**, eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 2 es negativa, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la hacen estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador 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 adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días calendario siguientes a recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o dar el servicio en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted, si el valor del artículo o servicio médico coincide con el valor necesario en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la hacen estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría*, o no, haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué debe hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría, o no, haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el Tribunal del distrito federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa *únicamente* 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 reciba. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o su información compartida que siente debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma en que Atención al cliente lo ha tratado? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O de Atención al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta o en la sala de evaluación.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información por escrito que le hemos dado?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, se usa ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos solicitó que le diéramos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertas fechas límite. Si cree que no cumplimos estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite requeridas, usted puede quejarse.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

- Lo que esta sección llama una “**queja**” también se llama una “**queja formal**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso para presentar una queja formal**”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Atención al cliente.** Si hay algo más que necesita hacer, Atención al cliente se lo hará saber. Nuestro número de Atención al cliente es (405) 280-5555 (local) o 1-844-280-5555 (llamada sin costo). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si envía su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Resolveremos su queja o queja formal tan rápidamente como sea posible, pero no después de 30 días después de la recepción. Si, por alguna razón imprevista no podemos resolver su queja o su queja formal dentro de 30 días, le informaremos por escrito la razón de la demora y cuándo puede esperar una resolución. Las quejas formales relacionadas con nuestra decisión de no hacer una determinación rápida de organización/cobertura o una reconsideración/redeterminación rápida se procesan dentro de las 72 horas posteriores a su recepción.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Atención al cliente.** La queja debe presentarse en el plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema del que quiere quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida de cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente se resolverá como “queja rápida.”** Si usted tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta en un período de 24 horas.

Términos legales

Lo que esta sección llama “**queja rápida**” también se llama una “**queja formal expedita**”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su condición médica nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se queja, se lo diremos. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja es de la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente con esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O, puede presentar su reclamo a ambos al mismo tiempo.** Si lo quiere, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarlo también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o preocupación, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Terminar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	254
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	254
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	254
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	254
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	255
Sección 2.3	En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	256
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	257
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	258
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	258
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	259
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	259
SECCIÓN 5	Debemos cancelar su membresía de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) en ciertas situaciones	260
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	260
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud	261
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	261

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--

La cancelación de su membresía en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
 - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
 - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos períodos en el año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período anual de inscripción y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--

Usted puede terminar su membresía durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como el “Periodo anual de inscripción abierta”). Este es el momento del año en que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.

- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período anual de inscripción?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no cubra los medicamentos con receta).
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “válida” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle *un* solo cambio a su cobertura de salud durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede:
 - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no cubra los medicamentos con receta).
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también

puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía termina el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para el Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se ha mudado.
 - Si tiene SoonerCare.
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si infringimos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).
 - **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. El Capítulo 5, Sección 10, le informa más sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **¿Cuándo terminan los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- Otro plan médico de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no cubra los medicamentos con receta).
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:

Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o quiere obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Atención al cliente** (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
- Puede obtener información en el manual *Medicare y usted 2022*.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia de la guía *Medicare y usted 2022* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben en el mes después de inscribirse por primera vez.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede encargar una copia impresa llamando a Medicare al número indicado a continuación.
- 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--------------------	---

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan solo se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir que se le cancele la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Atención al cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).
- – o – Puede comunicarse con Medicare 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.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan médico de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: Si cancela su inscripción del plan de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Póngase en contacto con Atención al cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). • 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 se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. • Automáticamente se cancelará su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) cuando empiece la cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si se retira de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), puede pasar algún tiempo antes de que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar usando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membresía en nuestro plan termine.** Por lo general, se cubrirán sus medicamentos con receta únicamente si presenta sus recetas en una farmacia de la red, incluyendo nuestros servicios de farmacia por correo.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su membresía de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Debemos cancelar su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) en las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Atención al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los teléfonos de Atención al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dar cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y eso hace que nos sea difícil darle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Atención al cliente** para obtener más información (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto).

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) no puede pedirle que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además, debemos explicarle como puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede buscar en el Capítulo 9, Sección 10 información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	264
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	264
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare	265

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar debido a que la ley lo requiere. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que le protegen de la discriminación y el trato injusto. **Nosotros no discriminamos** por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

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

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Atención al cliente (los teléfonos están impresos en la contracubierta de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con acceso para sillas de ruedas, Atención al cliente lo puede ayudar.

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados

Capítulo 11. Avisos legales

- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Da servicios gratis de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al cliente de GlobalHealth al 1 (844) 280-5555 (gratis) (TTY:711).

Si cree que GlobalHealth no le ha dado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en la siguiente dirección: ATTN: **Director, Compliance & Legal Services**, 210 Park Ave, Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102 o por correo electrónico escribiendo a: compliance@globalhealth.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, no dude en comunicarse con el Servicio al cliente.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por 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, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las reglamentaciones de CMS en el Título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario, según las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica en donde el plan de salud acepta a los miembros si limita la membresía con base en el lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de custodia: La atención de apoyo es atención personal que se proporciona en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía es el cuidado personal que puede ser dado por personas que no tienen las habilidades o la formación profesional, como ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención médica en el hogar: Un asistente de atención médica en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse, o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de atención médica en casa no tienen una licencia ni dan terapia.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos de los medicamentos se cubren solo si su médico o proveedor de la red obtienen una “autorización previa” por parte nuestra. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la lista de medicamentos cubiertos.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos con receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: El proceso de cancelar su membresía en su plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace dos años es mayor que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: Es lo más que paga de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que paga por sus primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre la cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente da servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y da diversos servicios, entre ellos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta médica, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos con receta médica (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Copago: Un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio o un medicamento con receta después de que pague los deducibles. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por cada visita médica o medicamento con receta.

Coseguro: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta médica. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Costos compartidos: Costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba hacer un copago.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): Cuidados especializados de enfermería y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas una enfermera o un médico.

Cuidados paliativos: Un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene el derecho de elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, usted aún siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos. El hospicio le dará un tratamiento especial para su estado.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización, cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de organización se les conoce como “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierta equipo médico que su médico solicita para uso en el hogar. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para usar en casa.

Estancia hospitalaria: Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como “paciente ambulatorio”.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un coseguro o un copago bajo por sus medicamentos después de que usted u otras personas calificadas en su nombre hayan gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluyendo las cantidades que pagó y lo que su plan pagó en su nombre durante el año, lleguen a \$4,430.

Evidencia de cobertura (EOC) e información: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldo: Una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente por un monto mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO), usted solo tiene que pagar la cantidad del gasto compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores “facturen saldos” o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que el plan dice que debe pagar.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Gastos compartidos estándar: Son gastos compartidos que no sean el gasto compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Gastos compartidos preferidos: Gastos compartidos preferidos significa gastos compartidos más asequibles para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en ciertas farmacias de red.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de “costos compartidos” antes. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos “de su bolsillo”.

Indicación medicamento aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidades: Una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “lista de medicamentos”): Una lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicamento de marca: Un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para indicar todos los medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que puede cubrir la Parte D. Es posible que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte la lista de medicamentos cubiertos para obtener la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Medicare Original lo ofrece el gobierno, y no es un plan médico privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Medicare: Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa terminal (por lo general las personas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica a través de Medicare Original, un plan PACE o un Plan Medicare Advantage.

Médico de atención primaria (“PCP”): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo con ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información acerca de los médicos de atención primaria.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta médica de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad más alta siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de gasto compartido. En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Parte C: Vea “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El programa voluntario de beneficios en medicamentos con receta de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como “la Parte D”).

Período anual de inscripción: Un tiempo determinado cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original. El Período anual de inscripción es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de beneficios: La forma en que tanto nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y en los Centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted ingresa al Centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite al número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: Un tiempo determinado cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

El período de inscripción abierta para Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que a una persona se la declare elegible por primera vez para inscribirse en Medicare.

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones por las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de atención residencial o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y Medicare Parte B. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan según Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage que esté disponible en su área.

Plan médico de Medicare: Un plan de salud Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, Programas de demostración/piloto y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de atención médica total para adultos mayores) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles, para ayudar a las personas a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de atención residencial) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare que las aseguradoras privadas venden para cubrir las “faltas” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Prima: El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para cobertura de salud o cobertura de medicamentos con receta médica.

Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros en la Parte D que han alcanzado el Período de interrupción en cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Es por esto que la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca, tienen un descuento.

Programa de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidados de la salud. Los productos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención de salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red basándose en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en darle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el que no hemos negociado para coordinar o dar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni están bajo contrato para prestarle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja formal: Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o una farmacia, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago.

Queja: El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se usa *únicamente* 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 reciba. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Servicio al Cliente: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Atención al cliente.

Servicios cubiertos de Medicare: Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que necesita atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden prestar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte la “ayuda adicional”.

Tarifa de suministro: Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar por el costo de surtir una receta médica. El cargo por receta cubre costos tales como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costos compartidos diario: Se puede aplicar una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa de gasto compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando surte su receta.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Atención al cliente de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

Método	Atención al cliente: Información de contacto
LLAME AL	<p>1-844-280-5555 (llamada sin costo)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).</p> <p>Atención al cliente tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).</p>
FAX	<p>(405) 280-2960</p>
ESCRIBA A	<p>GlobalHealth, Inc. P.O. Box 1747 Oklahoma City, OK 73101</p>
SITIO WEB	<p>www.GlobalHealth.com</p>

Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores (Oklahoma SHIP)

Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-763-2828
ESCRIBA A	Senior Health Insurance Counseling Program 400 NE 50 th St Oklahoma City, OK 73105
SITIO WEB	www.ship.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/

Declaración de revelación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario 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.