



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

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de CCA Medicare Excel (HMO)

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio para los Miembros al 1-866-333-3530. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

CCA Health Plans of California, Inc. ofrece este plan, CCA Medicare Excel (HMO). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a CCA Health Plans of California, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CCA Medicare Excel [HMO]).

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-333-3530 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita.

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

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Les avisaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con, al menos, 30 días de anticipación.

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

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

CCA Medicare Excel (HMO) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

H1426_24_EOC_002_C

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-3530 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-3530 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-333-3530 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-333-3530 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-3530 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-3530 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-3530 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-3530 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-3530 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-3530 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-333-3530 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-3530 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-3530 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-3530 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-3530 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-3530 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-333-3530 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-333-3530 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໃດຍັບໍ່ສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-333-3530 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ສັຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬប្រព័ន្ធប្រយោជន៍។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-333-3530 (TTY 711)។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Evidencia de cobertura de 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta	9
SECCIÓN 4 Su prima mensual de CCA Medicare Excel (HMO)	11
SECCIÓN 5 Cómo obtener más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de miembro del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1 Contactos de CCA Medicare Excel (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio para los Miembros del plan).....	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	27
SECCIÓN 5 Seguro Social	28
SECCIÓN 6 Medicaid	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.....	30
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	32
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	33
CAPÍTULO 3: <i>A través del plan para sus servicios médicos</i>	34
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	35
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.....	37
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	46

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	47
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	49
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos.....	51
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>		53
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	54
SECCIÓN 2	Utilice la <i>tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	56
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	110
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>		114
SECCIÓN 1	Introducción.....	115
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	116
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	121
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos.....	124
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	126
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	130
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	133
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	135
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	136
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	138
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>		142
SECCIÓN 1	Introducción.....	143
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento	147
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	148

Índice

SECCIÓN 4	No existe un deducible de CCA Medicare Excel (HMO).....	150
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	150
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de período sin cobertura.....	156
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	157
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	157
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	160
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	161
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	164
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	165
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	167
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	168
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	175
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	178
SECCIÓN 1	Introducción.....	179
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	180
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	181
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	182
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	186
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	197
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	210
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto	220

Índice

SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	228
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	231
CAPÍTULO 10	<i>Finalizar su membresía en el plan</i>	236
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de la membresía en nuestro plan	237
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	237
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	241
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	242
SECCIÓN 5	CCA Medicare Excel (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	243
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	245
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	246
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	246
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	247
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	248

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en CCA Medicare Excel (HMO), que es un plan Medicare HMO
--------------------	---

Usted tiene la cobertura de Medicare y ha elegido recibir atención médica y cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, CCA Medicare Excel (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores en este plan difiere de Original Medicare.

CCA Medicare Excel (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO Plan (HMO quiere decir Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura en este plan se clasifica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de la responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del 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 documento sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	---

Este documento de la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de CCA Medicare Excel (HMO).

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

Si hay algún tema que lo confunde, le preocupa o simplemente tiene preguntas, puede ponerse en contacto con el Servicio para los Miembros del plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en CCA Medicare Excel (HMO), desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CCA Medicare Excel (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CCA Medicare Excel (HMO) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- – Y – viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- – Y – sea ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para CCA Medicare Excel (HMO).

CCA Medicare Excel (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 a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Santa Clara.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Comuníquese con el Servicio para los Miembros para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.


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

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano estadounidense o un residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CCA Medicare Excel (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro conforme a este requisito. CCA Medicare Excel (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta

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

	Printed Date: 05/23/2022
Issuer (80840) Member ID: M000001002 Member Name: Test2 Test2 PCP Name: POONAM DUGGAL PCP Phone: 209-948-4200 Group: 123 Test	MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: 015574 RxPCN: ASPROD1 RxGrp: VHP01
PCP Visit: \$0 Specialist Visit: \$0 Urgent Care: \$0	
H1426	CCA Medicare Excel (HMO) Plan 001
If you have an Emergency: Go to the nearest ER or call 911 For Nurse Advice: 1-833-378-4406	
Member Services: 1-866-333-3530 (TTY: 711) Transportation: 1-833-209-6385 VSP Vision: 1-844-234-1277 Pharmacy Technical Help: 1-888-254-9907	
Send Pharmacy claims to: MedImpact Healthcare System, Inc. P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Email: Claims@MedImpact.com	Send Medical claims to: Vitality Health Plan of California PO Box 94340 Lubbock, TX 79493
www.ccahealthca.org	

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de nuestro plan. Si utiliza la tarjeta de miembro de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de CCA Medicare Excel (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de nuestra red actual. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones incluyen servicios de emergencia, de atención de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que obtener servicios de la red sea irracional o imposible), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CCA Medicare Excel (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red donde desee comprar los medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no son parte de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en ccahealthca.org.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través (en formato electrónico o impresa) del Servicio para los Miembros. Se enviarán a usted las solicitudes de copia impresa del Directorio de proveedores y farmacias en un plazo de tres días hábiles.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por el beneficio de la Parte D que se incluyen en CCA Medicare Excel (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de CCA Medicare Excel (HMO).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Le daremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (ccahealthca.org) o llamar al Servicio para los Miembros.

SECCIÓN 4 Su prima mensual de CCA Medicare Excel (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Primas de la Parte B de Medicare diferentes para personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del documento *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023), la sección titulada Costos de Medicare de 2023. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual de CCA Medicare Excel (HMO).

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

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Se les exige a algunos miembros que paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo pasó sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Usted deberá pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagar esto si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
 - Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
 - Usted ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es cobertura acreditable. Se le enviará esta información por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Cualquier aviso debe establecer que usted tuvo una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague lo mismo que paga el plan para medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

- Si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D o sin alguna otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de primero cumplir con los requisitos para la inscripción en la Parte D, el plan contará el número total de meses en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior para 2024. El monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondeado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería \$34.70 multiplicado por el 14 %, lo que equivale a \$4,858. Redondeado, serían \$4.90. Este monto se sumaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cuestiones importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía de la Parte D:

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula mediante el ingreso bruto ajustado modificado, de acuerdo con lo que figura en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si ese monto es mayor a un monto determinado, usted pagará el monto estándar de la prima y el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

SECCIÓN 5 Cómo obtener más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de hacerlo

Hay dos maneras en las que puede pagar la multa.

Pagará con cheque (Opción 1), a menos que desee que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente automáticamente de su cheque del Seguro Social (Opción 2). Para inscribirse en la Opción 2 o para cambiar su elección en cualquier momento, llame al Servicio para los Miembros e infórmenos qué opción desea.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Opción 1: Pagar con cheque

Puede decidir pagar la multa por inscripción tardía mensual directamente a nuestro plan con un cheque. El pago de la multa por inscripción tardía debe enviarse por correo postal a:

CCA Health California
PO Box 31001-3193
Pasadena, CA 91110-3193

El pago de la multa por inscripción tardía debe efectuarse en nuestra oficina antes del día 5 del mes. El cheque debe extenderse a nombre de CCA Health Plans of California, Inc., no a Medicare ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Opción 2: Descontar la multa por inscripción tardía de la Parte D del cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Cambiar la manera de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Si decide cambiar la opción de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

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

Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día 5 de cada mes.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros para que le recomendemos programas que lo ayuden a pagar la multa. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1.º de enero.

No obstante, a veces, usted puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

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

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

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico o asociación de práctica independiente (IPA).

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga intenciones de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio, llame al Servicio para los Miembros para avisarnos.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que enumeraremos cualquier otra cobertura de seguro médico o para medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté indicada, llame al Servicio para los Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aun trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge se encuentran aun trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de CCA Medicare Excel (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio para los Miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio para los Miembros de CCA Medicare Excel (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio para los Miembros
TELÉFONO	<p>1-866-333-3530</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.</p> <p>El Servicio para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.</p>
FAX	1-866-207-6539
CORREO	CCA Health California Member Services Department 2 Avenue De Lafayette, 5th Floor Boston, MA 02111
SITIO WEB	www.ccahealthca.org

Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D o la atención médica
TELÉFONO	1-866-333-3530 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.
FAX	1-866-207-6539
CORREO	CCA Health California Member Services Department (Coverage Decisions) 2 Avenue De Lafayette, 5th Floor Boston, MA 02111 Para solicitudes aceleradas, llame o envíe un fax a los números de contacto anteriores.
SITIO WEB	www.ccahealthca.org

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre la atención médica**

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

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
TELÉFONO	<p>1-866-333-3530</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.</p>
FAX	1-866-207-6672
CORREO	<p>CCA Health California Member Services Department (Complaints) 2 Avenue De Lafayette, 5th Floor Boston, MA 02111</p> <p>Para solicitudes aceleradas, llame o envíe un fax a los números de contacto anteriores.</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto sobre solicitudes de pago
TELÉFONO	<p>1-866-333-3530</p> <p>El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.</p>
FAX	1-866-207-6539
CORREO	<p>CCA Health California Member Services Department (Payment Request) 2 Avenue De Lafayette, 5th Floor Boston, MA 02111</p>
SITIO WEB	www.ccahealthca.org

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

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

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

Método	Información de contacto de Medicare
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	<p data-bbox="430 283 1404 598">www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="430 609 1404 703">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="479 714 1404 1039" style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="430 1050 1404 1123">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de CCA Medicare Excel (HMO):</p> <ul data-bbox="479 1134 1404 1375" style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="430 1386 1404 1669">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) es un programa estatal independiente (no está conectado con ningún plan de salud o compañía de seguros) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

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

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)
TELÉFONO	1-800-434-0222.
TTY	1-800-735-2929 (servicio de retransmisión de California) o 711 (servicio de retransmisión nacional) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	California Health Advocates 5380 Elvas Avenue, Suite 104 Sacramento, CA 95819
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/hicap

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una organización para la mejora de la calidad al servicio de los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para California, la organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros proveedores o profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

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

Método	Livanta (organización para la mejora de la calidad de California)
TELÉFONO	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico Sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora del Pacífico
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto del Seguro Social
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Método	Departamento de Servicios de Salud. Información de contacto (programa de Medicaid de California)
TELÉFONO	1-800-541-5555 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., salvo los feriados
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	www.medi-cal.ca.gov

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios de Salud.

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

El sitio Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo bajar los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Si automáticamente reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que presentar una solicitud. Si automáticamente no reúne los requisitos, usted puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame a:

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso para solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o, si ya tiene las pruebas, para entregárnoslas.

- Si no puede presentar la documentación mencionada antes y considera que puede cumplir con los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame al Servicio para los Miembros al número que figura en la portada posterior de este documento y un representante le ayudará.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con el Servicio para los Miembros si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el programa ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario de ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido para medicamentos con receta del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de California.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con determinados criterios, que incluyen tener un comprobante de residencia del estado y tener VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado, y no tener seguro o tener un seguro deficiente. Si cambia de plan, avise al trabajador local de inscripción en ADAP de manera que usted pueda seguir recibiendo ayuda.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-550-3944, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., TTY: 711.

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

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona 0, podrá comunicarse con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona 1, tendrá acceso a la línea de ayuda automática e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://rrb.gov/

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

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o el de su pareja de hecho), póngase en contacto 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 en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para
los servicios médicos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica cubre el plan, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto del costo compartido como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo por sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos, y los medicamentos con receta que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se tratan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, CCA Medicare Excel (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe respetar sus normas de cobertura.

CCA Medicare Excel (HMO), generalmente, cubrirá la atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, equipos o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá darle su aprobación por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para la atención de emergencia o para los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto quiere decir que deberá pagar al proveedor todos los servicios prestados.

Existen tres excepciones:

 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay un especialista en nuestra red que preste esta atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio es inaccesible o no está disponible por un tiempo. El costo compartido que paga el plan para diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de los servicios de diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

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

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

- **¿Qué es un PCP?**

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Como se explica a continuación, recibirá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que pueda consultar con un especialista, por lo general, debe obtener la aprobación de su PCP primero (esto se denomina obtener una remisión para un especialista). Su PCP prestará la mayor parte de la atención y le ayudará a organizar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?**

El PCP es un profesional de atención médica que cumple con los requisitos estatales y tiene la formación para brindar atención médica básica.

- **Explicación del papel del PCP en su plan.**

Su PCP prestará la mayor parte de la atención y le ayudará a organizar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Otros diagnósticos cuando es médicamente necesario
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Servicios para pacientes externos
- Internaciones en hospitales
- Atención de seguimiento

La coordinación de los servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención que recibe y cómo evoluciona. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (como una remisión a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará una autorización previa (aprobación previa) por parte nuestra. Dado que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debe completar una autorización para divulgar la información y tener todos sus registros médicos anteriores en el consultorio de su PCP.

- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Cuando su PCP considere que necesita tratamiento especializado, le dará una remisión (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista o ciertos proveedores del plan. El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Los especialistas incluyen, entre otros, los siguientes médicos:

- Oncólogos (tratan a los pacientes que tienen cáncer).
- Cardiólogos (tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas).
- Ortopedistas (tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares).

Para algunos tipos de remisiones, es posible que su PCP deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Plan (esto se denomina obtener autorización previa).

¿Cómo elige al PCP?

Simplemente revise el Directorio de proveedores y farmacias del plan y elija el PCP que satisfaga sus necesidades de la mejor manera. Si existe un especialista u hospital en particular que desee utilizar, compruebe primero que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. El nombre y número de teléfono del consultorio del PCP está impreso en la tarjeta de miembro.

Si no elige un PCP o si elige uno que no está disponible con este plan, automáticamente le asignaremos a uno.

Si necesita ayuda para seleccionar un PCP, el Servicio para los Miembros está a disposición para ayudarlo. Llámenos para recibir ayuda.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Cada PCP puede hacer remisiones a ciertos especialistas del plan y usa ciertos hospitales dentro de la red. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales a los que puede recurrir. En caso de que haya especialistas u hospitales específicos a los que desee consultar, averigüe si su PCP trabaja con ellos. El Servicio para los Miembros le indicará cómo puede continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

Si decide cambiar de PCP, debe comunicarse con el Servicio para los Miembros para informar el cambio. El Servicio para los Miembros obtendrá la información de selección del PCP y confirmará la disponibilidad de su elección de PCP. Usted recibirá una carta de confirmación del Servicio para los Miembros que verifique su solicitud de cambio de PCP. También se le enviará por correo una nueva tarjeta de miembro que refleje su nuevo PCP. La selección de su PCP entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a su solicitud. Si su PCP se retira de nuestro plan, se lo informaremos y le ayudaremos a elegir otro.

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

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles por un tiempo o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio para los Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es la función (si la tuviera) del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Cuando su PCP considere que necesita tratamiento especializado, le dará una remisión (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista o ciertos proveedores del plan. El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

¿Para qué servicios el PCP debe obtener una autorización previa del plan?

Es muy importante conseguir una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o ciertos proveedores del plan (hay algunas excepciones que explicamos a continuación, inclusive Atención médica de rutina para las mujeres). Si no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar por esos servicios.

Algunos servicios requieren autorización previa. La autorización previa se define en el Capítulo 12. En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4, se señalan con un asterisco los servicios que necesitan autorización previa.

Para enviar una solicitud de autorización previa, su proveedor debe enviar una solicitud al plan. El plan revisará la solicitud y se proporcionará una decisión de cobertura. En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4, se señalan con un asterisco los servicios que necesitan autorización previa.

En caso de que haya especialistas específicos a los que desee consultar, averigüe si su PCP trabaja con ellos. Cada PCP del plan trabaja con ciertos especialistas del plan cuando hacen remisiones. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas a los que puede recurrir. Por lo general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere consultar a un especialista del plan al cual su PCP actual no puede darle una remisión. Más arriba, le indicamos cómo cambiar de PCP. Si desea utilizar hospitales específicos, primero debe averiguar si los médicos a los que consultará usan estos hospitales.

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

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si el proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si usted consultó con el proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquier otro de sus proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si usted está asignado al proveedor, recibe actualmente su atención o si lo consultó en los últimos tres años.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si en este momento está realizando terapias o un tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que continúe el tratamiento o las terapias medicamente necesarias que está recibiendo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que probablemente tenga para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a los costos compartidos de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad, un reclamo de atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Si necesita recibir los servicios cubiertos de Medicare y los proveedores de la red no los pueden prestar, puede obtenerlos de un proveedor fuera de la red.

Sin embargo, debe obtenerse la autorización previa del plan antes de buscar servicios de un proveedor fuera de la red.

Para enviar una solicitud de autorización previa, su proveedor debe enviar una solicitud a nuestro plan. El plan revisará la solicitud y se proporcionará una decisión de cobertura.

- Para ponerse en contacto con el plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 (Decisiones de cobertura de su atención médica).
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 9.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda una función del cuerpo o quede gravemente incapacitado a causa de ello. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto y en la parte trasera de la tarjeta de identificación.

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se pongan en contacto con nosotros y establezcan un plan para atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas las circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se presten fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta agudo durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que necesite con urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

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

- La razón para recibir atención coincide con la definición de atención de emergencia o servicios de urgencia según se explica en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.
- Puede obtener los siguientes documentos en el país en los que se recibió los servicios:
 1. Copia de todos los registros médicos, notas y órdenes de los médicos, informe del alta, informes de laboratorio.
 2. Copia del extracto detallado o cualquier recibo del hospital.
 3. Comprobante de pago (extracto bancario, de tarjeta de crédito).
 4. Pase de embarque o billete aéreo, si corresponde.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted continúa teniendo derecho a la atención con este plan.

Para obtener información acerca de cómo recibir la atención que necesita durante un desastre, visite el siguiente sitio web: ccahealthca.org.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red con los costos compartidos de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

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

Si pagó más que los costos compartidos del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los costos totales de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague su parte del costo o una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

CCA Medicare Excel (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo que paga después de utilizado el límite de beneficios no se contempla para el monto que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio para los Miembros.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

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

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos sobre dispositivos en fase de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y sus costos compartidos de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que muestre cuál fue el monto de costos compartidos que pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

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

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguna de las siguientes opciones:**

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica) (se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y que *no es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o tratamiento médico que *no* se considera voluntario o que *es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - – Y – debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de servicio para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CCA Medicare Excel (HMO), generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, sin importar la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame al Servicio para los Miembros para obtener más información.

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se haya cambiado a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no se consideran para los 13 pagos consecutivos.

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

Ejemplo 2: Efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad de los artículos mientras estuvo inscrito. Entonces regrese a Original Medicare. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para quedarse con el artículo una vez que se una a Original Medicare nuevamente. Todos los pagos anteriores (ya sea para nuestro plan o para Original Medicare) no se tienen en cuenta.

SECCIÓN 7.2	Normas para los suministros y los equipos de oxígeno y para el mantenimiento
--------------------	---

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CCA Medicare Excel (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de los equipos de oxígeno

Si abandona CCA Medicare Excel (HMO) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces se debe devolver ese equipo.

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

Original Medicare le exige a un proveedor de oxígeno que le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento, y usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno. Después de cinco años, puede quedarse con la misma compañía o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, donde usted debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o se retira, vuelve a comenzar el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo proporciona una tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CCA Medicare Excel (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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

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

- El **copago** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto de su bolsillo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, más adelante). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto es de \$1,500.

Los montos que paga por los copagos y coseguros por los servicios cubiertos de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por la multa de inscripción tardía de la Parte D y por los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en la tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo de \$1,500 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la red la Parte A y la Parte B. No obstante, 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).

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

Como miembro de CCA Medicare Excel (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame al Servicio para los Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

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

En las siguientes páginas, la tabla de beneficios médicos enumera los servicios que CCA Medicare Excel (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 se incluye más información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:


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

- **Información importante sobre los beneficios para los inscritos con condiciones crónicas**
 - Si le diagnosticaron la(s) enfermedad(es) crónica(s) que se identifican debajo y cumple con determinados criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de la salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y derrame cerebral
 - El plan determinará la elegibilidad relacionada con los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Los beneficios están disponibles para los miembros que se identifican a través de la recepción de documentación de proveedores (por ejemplo, una reclamación presentada por el proveedor) que incluye una afección crónica calificada y que un proveedor de la red o socio en la atención de CCA está coordinando su atención. Cuando se cumplan los criterios de elegibilidad, CCA le notificará sobre su inscripción en estos beneficios. Estos beneficios no son retroactivos.
 - Para obtener más detalles, consulte la fila “Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en la tabla de beneficios médicos a continuación.
 - Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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




Tabla de beneficios médicos



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja (cubierta por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare a través de American Speciality Health (ASH) en las siguientes circunstancias: <p>A los fines de este beneficio, se define el dolor en la parte baja de la espalda de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con 12 semanas o más de duración; • no específico, es decir, sin una causa sistémica identificable (no relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o si empeora.</p>	<p>Copago de \$0 para las consultas cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa y derivación.</p> <p>Copago de \$0 para hasta 25 tratamientos combinados por año para atención de acupuntura y quiropráctica de rutina.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja (continuación)</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los médicos (según se establece en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.</p> <p>Los asistentes de médicos (PA), los enfermeros con práctica médica (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se establece en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una universidad acreditada por la Comisión Nacional de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o territorio autónomo (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 de nuestro Código de Regulaciones Federales (CFR).</p> <p>Acupuntura, de rutina (no cubierta por Medicare)</p> <p>El plan ofrece consultas adicionales como un beneficio complementario a través de American Specialty Health (ASH) para atención de acupuntura y quiropráctica. La cobertura adicional incluye 25 tratamientos máximos combinados por año para atención quiropráctica de acupuntura o de rutina.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen los servicios de ala fija, de ala rotativa y de ambulancia terrestre, a la instalación apropiada más cercana que pueda brindar atención si son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte de ambulancias no urgente cubierto por Medicare.</p>	<p>Copago de \$280 para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare (de ida o de vuelta).</p> <p>Copago de \$300 para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare (de ida o de vuelta)</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Usted paga \$0 por el servicio de ambulancia si ingresa al hospital.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Examen físico anual Cubierto una vez al año. Un examen realizado por un proveedor de atención primaria, un profesional en enfermería o auxiliar médico. Este examen revisa su historia clínica y de medicamentos e incluye un examen físico completo. El examen físico anual es un examen más completo que una consulta anual de bienestar.</p> <p>Recompensa de consulta física/anual de bienestar Un examen físico anual reúne los requisitos para recibir un reembolso anual de \$25 por año después de que haya completado la consulta. Las consultas con el PCP de rutina, como una consulta de seguimiento o enfermedad, no califican para recibir la recompensa. Las recompensas ganadas se agregan a la tarjeta Healthy Savings para que las use en los minoristas de la red que venden OTC y están aprobados. Esto puede tardar varios meses en cargarse.</p> <p>Para ganar esta recompensa, debe realizarse una consulta de bienestar o examen físico anuales. Cualquiera de los tipos de consultas anuales es más largo que las consultas de rutina con el PCP. Durante la consulta de bienestar o examen físico anuales, usted o el proveedor de atención médica revisarán su salud general detenidamente. El proveedor debe facturar a CCA su examen para que su recompensa se procese y se agregue a la tarjeta Healthy Savings. Su recompensa puede usarse en los minoristas de OTC de la red para comprar artículos permitidos, excepto armas de fuego, alcohol o tabaco.</p> <p>Se cubre una vez cada año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p> <p>Si ha recibido un examen de su PCP que cumple con los requisitos, puede obtener una recompensa de hasta un \$25 en la tarjeta Healthy Savings por año calendario al facturar a los proveedores de CCA por el servicio.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>




Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen el ejercicio, la educación, y el asesoramiento cubiertos para los miembros que reúnan ciertas condiciones con remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, el copago es de \$0.</p> <p>Para los servicios de rehabilitación cardíaca intensivos cubiertos por Medicare, el copago es de \$0.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Se requiere remisión</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o si está en edad fértil y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago, ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou o pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos se ofrecen a través de American Specialty Health (ASH) e incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. • Servicios de quiropráctica de rutina (un máximo de 25 tratamientos combinados por año para la atención quiropráctica de rutina o acupuntura). 	<p>Copago de \$0 para las consultas cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para hasta 25 tratamientos combinados por año para atención quiropráctica de rutina o acupuntura</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o a los 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.• Prueba de sangre oculta en las heces fecales para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.• ADN de heces de objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no son de alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección subsiguiente después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en especial, cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales que se realizan como preparación para un tratamiento con radiación contra el cáncer y que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare, también conocidos como servicios dentales no de rutina, son aquellos provistos por un dentista o cirujano oral que se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico.</p> <p>Servicios dentales no cubiertos por Medicare</p> <p>Además, cubrimos los siguientes servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare:</p> <p><u>Servicios dentales preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales periódicos dos veces por año calendario. • Exámenes bucales integrales una vez cada 3 años. • Limpieza dental, 2 por año calendario. • Tratamiento con flúor, 2 por año calendario. 	<p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>20 % de coseguro</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Sin cobertura de Medicare</u></p> <p>Máximo de beneficios anuales de hasta \$2,000 por año del plan por los servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>Usted paga el 0 % del costo total hasta alcanzar el máximo del plan:</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías (aleta de mordida), una vez al año. • Radiografías panorámicas y serie completa, una vez cada 3 años (las radiografías de aleta de mordida no se pagan en el mismo año que la serie de boca completa). <p><u>Servicios dentales integrales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios restaurativos: Servicios de restauración menores que incluyen empastes cubiertos. Las restauraciones de resina compuesta (blancas) están cubiertas para los dientes posteriores. • Servicios de periodoncia: El raspado y alisado radicular se pagan una vez por cuadrante cada 24 meses. Se cubre el desbridamiento de boca completa una vez de por vida. El mantenimiento periodontal se cubre dos veces por año (incluido en la frecuencia de limpieza). • Extracciones: Las extracciones (simples o quirúrgicas) se pagan una por diente de por vida. • Cirugía de prostodoncia/bucal/maxilofacial: Las dentaduras postizas parciales y completas se limitan a una vez en un período de cinco años. • Tratamiento paliativo de emergencia. • Procedimientos de biopsia por cepillado. <p>Se aplican limitaciones de frecuencia. Esta lista no es una garantía de cobertura.</p> <p>Los servicios dentales son proporcionados por Delta Dental of Michigan. Puede acceder a la Evidencia de Cobertura Dental en www.ccahealthca.org para obtener información detallada sobre su cobertura dental, incluidas las limitaciones y exclusiones.</p>	<p>Servicios dentales preventivos:</p> <p>Usted paga el 0 % por una biopsia por cepillado, servicios de periodoncia y tratamientos paliativos de emergencia (servicios dentales integrales).</p> <p>Usted paga el 50 % del costo total por todo lo demás hasta alcanzar el máximo del plan:</p> <p>Servicios dentales integrales</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales y preventivos no cubiertos por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible por la visita para la prueba de detección anual de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. 	<p>Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la diabetes • Zapatos o plantillas terapéuticos • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <p>El plan cubre ciertos fabricantes de los suministros y servicios para la diabetes.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care y LifeScan, proveedores preferidos, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen: tiras reactivas de glucosa en sangre Freestyle Meter®, glucómetro FreeStyle Lite®, tiras reactivas Lite de glucosa en sangre FreeStyle Lite®, glucómetro FreeStyle Precision Xtra®, tiras reactivas Precision® de glucosa en sangre FreeStyle Precision Xtra®, glucómetro FreeStyle Precision Neo®, tiras reactivas Precision Neo® de glucosa en sangre FreeStyle Precision Neo®, sistema de glucosa OneTouch Ultra 2®, tiras reactivas Ultra® de glucosa en sangre OneTouch Ultra 2®, glucómetro OneTouch Verio Flex®, glucómetro OneTouch Verio Reflect® y tiras reactivas Verio® de glucosa en sangre OneTouch Verio Flex®. 	<p>Se requiere autorización previa para los suministros para detectar la diabetes no preferidos (tiras reactivas y monitores de glucosa)</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.ccahealthca.org.</p>	<p>20 % de coseguro por cada artículo cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>*Se requiere autorización previa</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido para servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p>	<p>Copago de \$90 para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si ingresa al hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la consulta a la sala de emergencias.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tarjeta para gastos flexibles</p> <p>El plan proporciona una asignación anual de \$100 en su tarjeta Healthy Savings para ser utilizado en tiendas de la vista registradas o proveedores de transporte que aceptan Visa como forma de pago. La asignación anual puede utilizarse para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Costos de anteojos, que incluyen mejoras de la lente, monturas, reparaciones y reemplazos de anteojos.• Costos de transporte, que incluye los costos de transporte de los viajes de ida o vuelta relacionados con la salud en taxi, transporte compartido y servicios de camioneta para sillas de ruedas. <p>La tarjeta solo se puede utilizar para realizar compras calificadas indicadas por su proveedor del plan en todos los sitios donde de acepten las tarjetas de débito Visa. La tarjeta es emitida por Sutton Bank, en virtud de una licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese con el patrocinador de su programa directamente para obtener una lista completa de las compras calificadas. Visa es una marca registrada de Visa, EE. UU. Inc. Todas las demás marcas comerciales y de servicio pertenecen a sus respectivos propietarios. No es posible retirar dinero ni acceder al cajero automático. Se aplican términos y condiciones. Comuníquese con su proveedor del plan para obtener más detalles.</p>	<p>Recibe \$100 por año en su Tarjeta de Ahorros Saludables para cubrir gastos adicionales relacionados con la visión, incluidos exámenes oculares de rutina, lentes de contacto y anteojos (lentes y monturas) y costos de transporte.</p> <p>Debe usarse en tiendas de ojos/de la vista designadas para Visa y que aceptan Visa.</p> <p>Este es un límite combinado que también puede utilizarse para los servicios de transporte y de la vista.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>El plan cubre los beneficios de acondicionamiento físico a través de Silver & Fit : Su beneficio de Silver & Fit incluye una membresía para acondicionamiento físico con acceso a un único centro de acondicionamiento físico de la red de su elección por mes, la programación de Fit at Home para el acondicionamiento físico en el hogar, un (1) conjunto de elementos para el acondicionamiento físico para el hogar por año, y mucho más.</p> <p>Para encontrar los lugares de acondicionamiento físico de Silver & Fit e información adicional sobre el acondicionamiento físico en el hogar y sobre cómo encargar el conjunto de elementos de acondicionamiento físico, visite www.silverandfit.com.</p> <p>También puede llamar al 1-877-427-4788 (TTY 711).</p>	<p>Acondicionamiento físico: Usted paga un copago de \$0 por el acondicionamiento físico en Silver & Fit.</p>
<p>Tarjeta de venta libre (OTC)</p> <p>Usted recibe una tarjeta Healthy Savings con una asignación de \$120 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre (OTC) cubiertos por CCA, como desinfectantes para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, cepillos dentales, pruebas de COVID-19, suministros para síntomas de resfriado y otros sin una receta para minoristas de OTC de la red.</p>	<p>En la red: Recibe \$120 cada trimestre calendario en su tarjeta de Healthy Savings para la compra de artículos de venta libre.</p> <p>Los montos sin usar no se trasladarán de un trimestre al siguiente.</p> <p>Si el costo de los artículos de OTC cubiertos por CCA supera el límite del beneficio, usted deberá pagar los costos restantes.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tarjeta de venta libre (OTC) (continuación)</p> <p>La asignación trimestral puede utilizarse para la compra de productos OTC cubiertos por CCA, en los minoristas de la red o los solicitados por el catálogo.</p> <p>Comuníquese con el Servicio para los Miembros si tiene preguntas sobre los artículos de OTC cubiertos por CCA o visite www.mybenefitscenter.com con el número de su tarjeta Healthy Savings.</p> <p>Debe usar la tarjeta como si fuera dinero en efectivo. Los fondos sin usar o robados no se transferirán ni reemplazarán.</p> <p>La tarjeta solo se puede utilizar para realizar compras calificadas indicadas por su proveedor del plan en todos los sitios donde de acepten las tarjetas de débito Visa. La tarjeta es emitida por Sutton Bank, en virtud de una licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese con el patrocinador de su programa directamente para obtener una lista completa de las compras calificadas. Visa es una marca registrada de Visa, EE. UU. Inc. Todas las demás marcas comerciales y de servicio pertenecen a sus respectivos propietarios. No es posible retirar dinero ni acceder al cajero automático. Se aplican términos y condiciones. Comuníquese con su proveedor del plan para obtener más detalles.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios auditivos</p> <p>Servicios de audición cubiertos por Medicare: Las evaluaciones de audición y equilibrio efectuadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p> <p>Además de los beneficios de audición (que no sean de rutina) cubiertos por Medicare, también cubrimos los beneficios de audición de rutina como beneficio complementario a través de NationsHearing. Los beneficios de audición de rutina incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 1 examen de rutina de audición cada año. • Hasta 1 evaluación de colocación para un audífono por año • Puede comprar hasta 2 audífonos (1 por oído) cada año hasta el importe máximo permitido. • Exámenes de audición de rutina: un examen cada año. • Audífonos: el plan cubre dos audífonos (1 por oído) de NationsHearing cada año. Usted es responsable de pagar un monto del copago según el nivel de audífonos que elija. • Evaluaciones de colocación de audífonos: una evaluación/colocación de audífonos cada año. <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 consultas de seguimiento dentro del primer año de la fecha de la colocación inicial • Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de colocación • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años 	<p>Servicios auditivos cubiertos por Medicare (que no son de rutina): copago de \$0 para exámenes de audición de diagnóstico cubierto por Medicare</p> <p>Servicios de audición de rutina Copago de \$0 para hasta 1 examen de audición de rutina y una evaluación de colocación cada año.</p> <p>2 audífonos (1 por oído) cada año, hasta el límite de beneficio anual de \$1,000.</p> <p>Los audífonos de venta libre están incluidos como parte del beneficio auditivo de rutina hasta el monto máximo de beneficios para audífonos permitidos a través de NationsHearing</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los audífonos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Cobertura de reemplazo por única vez por pérdida, robo o daño (puede aplicarse un deducible por audífono)• Primer conjunto de moldes auriculares (cuando sea necesario) <p>Los audífonos de venta libre están incluidos como parte del beneficio auditivo de rutina hasta el monto máximo de beneficios para audífonos permitidos a través de NationsHearing</p> <p>Nuestro plan ha celebrado un contrato con NationsHearing para proporcionarle servicios auditivos de rutina, no cubiertos por Medicare.</p>	
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres que están embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para las pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de agencias de atención de la salud a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención de la salud a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipos y suministros médicos.	<p>Copago de \$0 para visita para servicios de salud en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere una remisión.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión intravenosa en el hogar involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar.</p> <p>Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que no estén de otra manera cubiertos por el beneficio del equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	<p>20 % de coseguro por cada terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de cuidado primario, los servicios de médicos especialistas o los servicios de salud a domicilio (como se describe en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del proveedor” o “Agencia de cuidado médico a domicilio”, según el lugar donde haya recibido los servicios de administración o monitoreo).</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Consulte el apartado “Equipo médico duradero” anterior en la tabla para conocer el costo compartido aplicable a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio.</p> <p>Consulte el apartado “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para conocer el costo compartido aplicable a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de atención de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le dan un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y le quedan menos de 6 meses de vida si su enfermedad avanza a su velocidad normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización de MA posee o controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <p>Cuando se lo ingresa en un hospicio, tiene derecho a seguir en su plan; si elige seguir en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos conforme a la Parte A o Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, sus costos por estos servicios</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por CCA Medicare Excel (HMO).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p>dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibir servicios, solo paga el monto de costo compartido del plan para los servicios de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por CCA Medicare Excel (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: CCA Medicare Excel (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted pagará los costos compartidos de su plan para estos servicios.</u></p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal, entonces paga los costos compartidos de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para un miembro que padece una enfermedad terminal y aún no ha optado por el beneficio de hospicios.</p>	



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para las vacunas de neumonía, gripe, hepatitis B y contra la COVID-19.</p>
<p>Atención para pacientes internados en un hospital</p> <p>Incluye hospitales de cuidados agudos, rehabilitación, atención a largo plazo para pacientes internados y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados en un hospital. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. 	<p>Usted paga: Copago de \$0 por día para los días 1 a 3. Copago de \$100 para los días 4 a 7. Copago de \$0 a partir del día 8 en adelante.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se cobra otro costo compartido por cada hospitalización.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas de laboratorio.• Radiografías y otros servicios radiológicos.• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados.• Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón comunitario de atención, puede elegir entre ir a un centro local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CCA Medicare Excel (HMO) ofrece servicios de trasplante en un centro remoto (fuera del área de servicio) y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.	<p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba.• Servicios médicos. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios para las estadías cubiertas por Medicare.</p> <p>Límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Para cada período de beneficio:</p> <p>Usted paga: Copago de \$200 por día para los días 1 a 8. Copago de \$0 para los días 9 a 90.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se cobra otro costo compartido por cada hospitalización.</p> <p>Las hospitalizaciones requieren autorización previa, salvo en situaciones de emergencia.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando el médico así lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento, o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si se necesita que su tratamiento continúe el año calendario siguiente.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del programa MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles para Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de la salud conductual que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas a fin de superar dificultades para mantener la pérdida de peso y una vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. 	<p>0-20% de coseguro por los medicamentos cubiertos de la Parte B.</p> <p>0-20 % de coseguro por los medicamentos para quimioterapia cubiertos de la Parte B.</p> <p>Está sujeto a tratamiento escalonado para los medicamentos de la Parte B.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>\$0 copago por los medicamentos de insulina de la Parte B.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que paga usted por sus medicamentos con receta de la Parte D se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan que tengan trastorno por uso de opioides (OUD) podrán obtener la cobertura de los servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento para Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento agonista y antagonista por uso de opioides; tratamiento asistido por medicamentos (MAT).• Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde).• Asesoramiento sobre uso de sustancias.• Terapia individual y grupal.• Pruebas de toxicología.• Actividades de consumo.• Evaluaciones periódicas.	<p>Servicio de tratamiento que incluye servicios psiquiátricos para pacientes externos, servicios de abuso de sustancias o servicios especializados de salud mental. Se aplica un copago de \$0.</p> <p>Para cualquier otro producto o servicio que los CMS determinen apropiados para los Programas de Tratamiento para Opioides (OTP), como pruebas de toxicología o medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides cubiertos por la Parte B se aplica un copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. 	<p>Copago de \$0 por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro por cada tratamiento de radioterapia/quimioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro por cada vendaje quirúrgico, dispositivo protésico y ortésico, entablillado, yeso, aparato ortopédico cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare, como tomografía por emisión de positrones, tomografías computarizadas, imagen por resonancia magnética o angiografía por resonancia magnética.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!)</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$100 por estadía para cada servicio de observación cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!)</i>.</p>	<p>Copago de \$150 por cada servicio hospitalarios para pacientes externos cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare, como tomografía por emisión de positrones, tomografías computarizadas, imagen por resonancia magnética o angiografía por resonancia magnética.</p> <p>20 % de coseguro por cada tratamiento de radioterapia o quimioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro por cada vendaje quirúrgico, dispositivo protésico y ortésico, entablillado, yeso, aparato ortopédico cubierto por Medicare.</p> <p>0-20% de coseguro por los medicamentos cubiertos de la Parte B.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)</p> <p>La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>0-20% de coseguro por los medicamentos para quimioterapia cubiertos de la Parte B.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>
<p>Atención de la salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Sesiones individuales: Copago de \$25 por consulta</p> <p>Sesiones grupales: Copago de \$25 por consulta</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de hospitales para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p>	<p>Copago de \$0 para las consultas de terapia cubiertas por Medicare. Se requiere autorización previa. Se requiere una remisión.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios por abuso de sustancias prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Sesiones individuales: Copago de \$25 por consulta</p> <p>Sesiones grupales: Copago de \$25 por consulta</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es considerado un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de cirugía de paciente ambulatorio. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>Copago de \$150 por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$75 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio (ASC) cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en entorno de paciente ambulatorio de hospital o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes externo es un programa estructurado de activo de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de hospital para pacientes externos, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta, pero menos intensa que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Dado que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes externos.</p>	<p>Copago de \$55 para cada día de hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. 	<p>Médico de atención primaria: copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Especialista: copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión para las consultas con especialistas.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de telesalud, incluidos servicios de urgencia y de salud mental.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros con trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si usted tiene una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. ○ Si usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal. • Servicios de telesalud ofrecidos por Teladoc para servicios de urgencia y de la salud conductual. 	<p>Copago de \$0 para los servicios de telesalud ofrecidos por Teladoc (para servicios de urgencia y de la salud conductual únicamente).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico de 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores.○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la próxima cita disponible.• Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas, si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, y• La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana.• La consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.• Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía 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 proporcionara un médico)	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. <p>El plan cubre 12 consultas de cuidado de rutina de los pies complementario cada año.</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere derivación.</p> <p>Copago de \$0 para hasta 12 consultas de cuidado de rutina de los pies no cubiertas por Medicare cada año.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta sección para más detalles.</p>	<p>Prótesis (p. ej., férulas, prótesis ortopédicas) 20 % de coseguro</p> <p>Suministros protésicos: 20 % de coseguro</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas exhaustivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y una remisión para recibir rehabilitación pulmonar escrita por el médico que esté tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare, el copago es de \$0.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 20 paquete-años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y que es proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar una consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisión compartida para pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida que cubre Medicare o para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones cara a cara súper intensivas de consejería conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de ITS y el asesoramiento para prevenir ITS.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.</p>	<p>Diálisis renal: 20 % de coseguro</p> <p>Educación sobre enfermedad renal: Copago de \$0</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de diálisis. Se requiere remisión para los servicios de diálisis.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta que usted reciba. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. 	<p>Usted tiene cobertura para hasta 100 días durante cada período de beneficios.</p> <p>El período de beneficios comienza el primer día en que es admitido en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando hayan transcurrido 60 días seguidos sin que haya sido hospitalizado en un SNF o un hospital.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Por cada admisión cubierta por Medicare en cada período de beneficios para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20. • Copago de \$100 por día para los días 21 a 100. <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones enumeradas a continuación, es posible que pueda pagar costos compartidos de la red por una clínica que no es proveedora de la red, si la clínica acepta nuestras cantidades del plan como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de enfermería o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que provea atención en un centro de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p> <p>CCA Medicare Excel incluye los siguientes beneficios adicionales para los miembros con una afección crónica calificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección contra el robo de identidad: Para los miembros que califiquen, la protección contra el robo de identidad vela por su información personal en caso de que otra persona use su número del seguro social u otra información personal. Le ayudan a recuperar su identidad y le reembolsarán los costos que pueda tener que pagar debido al robo de su identidad. Los miembros que califiquen podrán inscribirse en el seguro por robo de identidad a través de nuestro socio, ID Watchdog (Equifax). Los miembros deben usar ID Watchdog (Equifax) para tener cobertura para este beneficio. Una vez que se inscriba, está inscrito hasta el final del año actual del plan. Si decide cancelar su inscripción, no puede volver a inscribirse hasta el próximo año. <p>Puede comunicarse con ID Watchdog (Equifax) llamando al 866-513-1518.</p> <p>Las afecciones crónicas incluyen las siguientes: Dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de la salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y derrame cerebral</p> <p>El diagnóstico de la enfermedad crónica debe estar inscrito y registrado con la CCA antes de recibir los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Los miembros con una afección crónica calificada recibirán lo siguiente: Protección contra el robo de identidad de ID Watchdog (Equifax).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <p>Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección está diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluidos su médico de atención primaria, profesional en enfermería y proveedores similares.</p>	
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos e incluir un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo del personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, que debe estar capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/ especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Luego de las 36 sesiones durante 12 semanas, se pueden cubrir 36 sesiones adicionales de SET durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo determina médicamente necesario.</p>	<p>Para los servicios de tratamiento de ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare para servicios de enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática, copago de \$0.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se requiere remisión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de transporte Usted recibe una tarjeta Healthy Savings con \$100 por año calendario para viajes médicos de ida o de vuelta para costos de transporte relacionados con la salud para servicios de taxi, viajes compartidos y camionetas para sillas de ruedas que aceptan Visa como forma de pago.</p> <p>Consulte la Tarjeta para gastos flexibles para conocer más.</p>	<p>Usted recibe una Tarjeta de Ahorros Saludables con \$100 por año calendario para cubrir viajes de ida a costos de transporte relacionados con la salud.</p> <p>Esta asignación de \$100 es un límite combinado que también puede utilizarse para los servicios de la vista.</p>
<p>Servicios de urgencia Los servicios de urgencia son la atención brindada para tratar una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dada la circunstancia, no es posible o razonable recibir servicios de proveedores de la red. Si, dadas las circunstancias, no resulta razonable que reciba atención médica inmediata de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Los siguientes son ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: Usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente necesarios de inmediato para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica inmediata de un proveedor de la red. El costo compartido para los servicios de urgencia que se prestan fuera de la red es el mismo que para los servicios proporcionados en la red.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de visión de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>El plan cubre la atención de la vista de rutina como un beneficio complementario que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de la vista por año. • Un (1) par de anteojos recetados, que incluyen monturas, lentes, o lentes de contacto visualmente necesarias hasta \$300 por año. 	<p>Con cobertura de Medicare:</p> <p>Copago de \$0 por hasta un examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Copago de \$0 para prueba de detección anual de glaucoma de alto riesgo.*</p> <p>Copago de \$0 para los anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas en la que se implanten lentes intraoculares.</p> <p>Copago de \$0 por un examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento para enfermedades y afecciones de la vista, incluida una retinopatía diabética anual).</p> <p>Copago de \$0 para prueba de detección anual de glaucoma de alto riesgo.</p> <p><u>Exámenes de la vista de rutina:</u></p> <p>Copago de \$0 para los exámenes anuales de la vista. \$300 anualmente para anteojos, marcos o lentes de contacto o actualizaciones todos los años en proveedores de la red VSP.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <p>Los anteojos y otros dispositivos para aumentar la visión, incluidos los lentes de contacto, pueden entregarse solo con la receta por escrito y fechada de un médico. La receta se debe basar en los resultados de un examen oftalmológico realizado por la persona autorizada a dar recetas.</p> <p>VSP es la administración de beneficios para los servicios de atención de la vista de rutina del plan, que incluye los exámenes y los anteojos. Para comunicarse con VSP, llame al 1-855-492-9028, de lunes a domingo, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m.</p> <p>También recibe \$100 para gafas, incluidas mejoras, por año en su tarjeta Healthy Savings Flex. Para obtener más información, consulte la Tarjeta Flex en esta tabla.</p>	
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo</p> <p>Para los servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo, nuestro plan el menor de los cargos facturados por el proveedor o el programa nacional de tarifas de Medicare. Con el fin de acelerar y reunir los requisitos para un reembolso, obtenga los siguientes documentos ANTES de salir del país en los que se recibieron los servicios. Estos elementos pueden ser difíciles de obtener después de salir del país.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Copia de todos los registros médicos, notas y órdenes de los médicos, informe del alta, informes de laboratorio.2. Copia del extracto detallado o cualquier recibo del hospital.3. Comprobante de pago (extracto bancario, de tarjeta de crédito).4. Pase de embarque o billete aéreo, si corresponde.	<p>Copago de \$0 por los servicios de urgencia y emergencia que se reciben fuera de los Estados Unidos. Límite de \$100,000 para la cobertura de emergencia/urgencia fuera de EE. UU. por año.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)
--

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

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

- Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, estos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y se resuelve: por apelación que se trataba de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para las personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una deformidad del cuerpo. • Se cubre en todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.</p>	<p>No están cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Implantes dentales</p>	<p>No están cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Productos y procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinan que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Podría estar cubierto por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia para su cuidado.</p>	<p>No están cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	<p>No están cubiertos en ninguna circunstancia</p>	
<p>Comidas a domicilio</p>	<p>No están cubiertos en ninguna circunstancia</p>	

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No están cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No están cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención odontológica que no sea de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Dental preventivo y comprensivo cubierto por un beneficio máximo combinado de \$2,000 por año del plan.
Zapatos ortopédicos		<ul style="list-style-type: none"> • Si los zapatos ortopédicos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No están cubiertos en ninguna circunstancia	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es necesario por razones médicas.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta	No están cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la espina dorsal para corregir la subluxación está cubierta.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	No están cubiertos en ninguna circunstancia	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para visión limitada.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto hasta 12 visitas por año del plan.
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare.	No están cubiertos en ninguna circunstancia	
Dispositivos de apoyo para pies		<ul style="list-style-type: none"> • Los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción**

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

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

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

- Debe solicitar que un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada) emita sus recetas, que deben ser legales según la ley estatal aplicable.
- El profesional que receta no debe figurar en ninguna lista de exclusiones o preclusiones de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (ccahealthca.org) o llamar al Servicio para los Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en ccahealthca.org.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión intravenosa en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurar que pueda recibir con regularidad sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en cualquier centro LTC, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame al Servicio para los Miembros.

Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan
--------------------	--

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como **suministro diario no extendido** en nuestra “Lista de medicamentos”.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

El servicio de pedido por correo del plan requiere que usted pida **un suministro para 100 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos por correo, llame al Servicio para los Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará los números de teléfono) o visite nuestro sitio web ccahealthca.org.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. Si el pedido se demora, nuestro proveedor de pedidos por correo se pondrá en contacto con usted para notificarle la demora. Si se produce una demora y necesita los medicamentos antes, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

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

- Ya usó los servicios de pedido por correo con este plan.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al registrarse como paciente con MedImpact Direct Mail.

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

Si utilizó el pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese directamente con nosotros llamando a MedImpact Direct Mail al 855-873-8739 (TTY: 711).

Si nunca utilizó la entrega de pedidos por correo o decide dejar de resurtir automáticamente las recetas nuevas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que obtenga una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si usted desea surtir la receta del medicamento y que se lo envíen de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

necesario, le dará la oportunidad de cancelar o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarle qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a MedImpact Direct Mail al 855-873-8739 (TTY: 711).

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para resurtidos, póngase en contacto con su farmacia con 14 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se envíe a tiempo.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar el monto de costos compartidos de pedidos por correo para un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten el monto de costos compartidos de pedidos por correo para un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Servicio para los Miembros.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.5 ¿Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?****En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

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

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

- Si los medicamentos con receta están relacionados con la atención de emergencias médicas o de urgencias, estarán cubiertos. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total (en lugar de solo pagar el copago o coseguro) al surtir sus medicamentos con receta. Puede solicitarnos un reembolso al enviarnos una reclamación impresa por un máximo de la tarifa contratada, lo que sea menor. Cualquier monto que pague por encima de la tarifa contratada se aplicará a su TrOOP (costo verdadero que paga de su bolsillo).
- Si viaja dentro de los EE. UU., pero estará fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se le acaban los medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red (si usted cumple con todas las demás normas de cobertura detalladas en este documento y no hay disponible una farmacia de la red). Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta (en lugar de solo pagar el copago o coseguro). Puede solicitarnos un reembolso al enviarnos una reclamación impresa por un máximo de la tarifa contratada.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan durante las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si intenta obtener un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista elegible de la red o de pedidos por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u medicamentos de una especialidad farmacéutica).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Todos los medicamentos con receta obtenidos por una farmacia fuera de la red se limitarán a un suministro de 30 días.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

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

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

Los medicamentos de la “Lista de medicamentos” son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los cuales ha sido recetado.
- O bien, que esté avalado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital) y el sistema de información DRUGDEX.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca que es propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, pero suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos medicamentos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.2 Hay 5 niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos”**

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de las listas del formulario: Medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel genérico de menor costo compartido disponible para apoyar la salud y la adhesión del beneficiario. Todos los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca.
- Nivel 2 de las listas del formulario: Medicamentos genéricos. Todos los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca.
- Nivel 3 de las listas del formulario: Medicamentos de marca preferidos. Por lo general, estos son medicamentos de marca que no tienen un equivalente genérico disponible para los beneficiarios.
- Nivel 4 de las listas del formulario: Medicamentos de marca no preferidos. Esto incluye medicamentos de marca no preferidos, así como algunos medicamentos genéricos no preferidos. Es posible que haya alternativas de menor costo para usted. Pregunte a su médico si cambiar a un medicamento genérico de menor costo o de marca preferido puede ser adecuado para usted.
- Nivel 5 de las listas del formulario: Medicamentos especializados. Son los medicamentos inyectables, de infusión, orales o de inhalación de alto costo que, por lo general, requieren un almacenamiento o manejo especiales y un monitoreo cercano del tratamiento farmacológico del paciente. Generalmente, estos medicamentos se utilizan para tratar afecciones crónicas. Los medicamentos de este nivel se limitan a un suministro para 30 días. Este es el nivel de costo compartido más alto.

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Hay cuatro (4) formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (ccahealthca.org). La “Lista de medicamentos” disponible en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (<https://www.medimpact.com/web/login> o llame al Servicio para los Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a que usen los medicamentos de las formas más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

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

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

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original, pero generalmente cuesta menos. Cuando **está disponible una versión biosimilar genérica intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión biosimilar genérica o intercambiable en lugar del medicamento de marca o el producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o biosimilar intercambiable, O ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o producto biológico original, O nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico, biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero que suelen ser igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. 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 escalonada**.

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O debe estar restringido ahora de alguna manera.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos resurtir varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación del suministro temporal mencionado arriba.

- Los nuevos miembros de nuestro plan pueden estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario o que están sujetos a ciertas restricciones, como una autorización previa o un tratamiento escalonado. Los miembros actuales también pueden verse afectados por cambios en el formulario de un año a otro. Los miembros deben hablar con sus médicos para decidir si deben cambiar a un medicamento diferente que cubramos o solicitar una excepción al formulario. Comuníquese con el Servicio para los Miembros si su medicamento no está en nuestro formulario, está sujeto a ciertas restricciones (como autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada) o ya no estará incluido en nuestro formulario el próximo año (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este folleto).
- Si está actualmente inscrito y es admitido o dado de alta de un centro de LTC, las ediciones de resurtidos tempranos no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D. Podrá acceder a un resurtido mediante la admisión o el alta.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame al Servicio para los Miembros.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado 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 costos compartidos que usted considera demasiado elevado?
--------------------	---

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio para los Miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos del Nivel 5, de especialidad, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1	La “Lista de medicamentos” puede sufrir modificaciones durante el año
--------------------	--

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la “Lista de medicamentos” del plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?**Información sobre modificaciones en la cobertura de medicamentos**

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

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

Modificaciones que lo afectarán este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel de costos compartidos más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
 - Podríamos no avisarle con anticipación antes de realizar la modificación, incluso si actualmente toma el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. También incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Podría no recibir este aviso antes de que realicemos la modificación.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o se puede retirar del mercado por otra razón. Si esto ocurre, es posible que quitemos inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, se lo notificaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios sobre medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Una vez comenzado el año, podríamos hacer otras modificaciones que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar modificaciones según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En estos casos, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con el profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con cualquier restricción nueva del medicamento que toma.
 - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no están descritos más arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, estos cambios lo afectarán a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto del uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (salvo debido al retiro del mercado, a que un medicamento genérico reemplace a un medicamento de marca o a otro cambio descrito en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte de los costos compartidos hasta el 1.º de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo, salvo para ciertos medicamentos excluidos cubiertos por la cobertura para medicamentos mejorada. Si usted apela y el medicamento solicitado no se considera excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. El uso para una indicación **no autorizada** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital) y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se detallan a continuación a través de nuestra cobertura para medicamentos mejorada, por lo que usted puede tener que pagar una prima adicional. A continuación, se ofrece más información.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Cubrimos lo siguiente:

- **El Viagra genérico (sildenafil) está cubierto en el Nivel 2. El copago es de \$0.00 por receta. Límites de cantidad: 6 comprimidos cada 30 días.**

El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura catastrófica. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento, se describe la etapa de cobertura catastrófica).

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional”** para pagar sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que, por lo general, no están cubiertos. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre en la farmacia de la red que elija su información de membresía del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de miembro. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarlos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

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

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

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de un centro de atención a largo plazo o la que usa es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con el Servicio para los Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus condiciones relacionadas, el profesional que receta o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor del hospicio o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de surtir su receta.

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

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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad

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

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen opioides con receta y otros medicamentos con frecuencia mal usados. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis por opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En conjunto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en cierta(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de cierto(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que se deberían aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de comunicarnos cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le aplicará el DMP si usted tiene determinadas condiciones médicas, como dolor activo debido a cáncer o anemia de células falciformes, si recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados de final de vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con sus necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM).

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa ayuda a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en el DMP para consumir opioides de manera segura pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar acerca de la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus recetas y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Es una buena idea realizar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de bienestar, para que pueda 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 consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, junto a su identificación) por si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado que se denomina Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta, también conocida como Cláusula adicional para personas de bajos ingresos o Cláusula adicional LIS, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con el Servicio para los Miembros y pida la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otra documentación que explica la cobertura de medicamentos
--------------------	--

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina costo compartido, y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- **El copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coseguro** es el porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

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

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

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos que figuran a continuación (siempre que sean para los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

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

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas o programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, o el Servicio de Salud para la Población India. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$8,000 dentro del año calendario, pasará de la etapa de período sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la etapa del período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

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

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de la Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo incluye información sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$8,000 con sus costos de bolsillo para el año, este informe le indicará que ha dejado la etapa de período sin cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros del plan CCA Medicare Excel (HMO)?
--------------------	--

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta según su plan CCA Medicare Excel (HMO). El monto que pague depende de la etapa en la que esté cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)
--------------------	---

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

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

Si obtuvo uno o más medicamentos con receta mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total de los medicamentos y la información sobre aumentos de precio desde la primera obtención de cada reclamo de medicamentos con receta de igual cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos**

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos sirve para asegurarnos de conocer los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, puede que usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, presente copias de estos recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe presentarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia de Medicamentos, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para los Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No existe un deducible de CCA Medicare Excel (HMO).

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

No existe un deducible de CCA Medicare Excel (HMO). Usted comienza 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 la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

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

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de las listas del formulario: Medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel genérico de menor costo compartido disponible para apoyar la salud y la adhesión del beneficiario. Todos los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca.

- Nivel 2 de las listas del formulario: Medicamentos genéricos. Todos los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca.
- Nivel 3 de las listas del formulario: Medicamentos de marca preferidos. Por lo general, estos son medicamentos de marca que no tienen un equivalente genérico disponible para los beneficiarios.
- Nivel 4 de las listas del formulario: Medicamentos de marca no preferidos. Esto incluye medicamentos de marca no preferidos, así como algunos medicamentos genéricos no preferidos. Es posible que haya alternativas de menor costo para usted. Pregunte a su médico si cambiar a un medicamento genérico de menor costo o de marca preferido puede ser adecuado para usted.
- Nivel 5 de las listas del formulario: Medicamentos especializados. Son los medicamentos inyectables, de infusión, orales o de inhalación de alto costo que, por lo general, requieren un almacenamiento o manejo especiales y un monitoreo cercano del tratamiento farmacológico del paciente. Generalmente, estos medicamentos se utilizan para tratar afecciones crónicas. Los medicamentos de este nivel se limitan a un suministro para 30 días. Este es el nivel de costo compartido más alto.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 5.2 Una tabla 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 un monto fijo cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido de venta minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles).(suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0.	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$0.	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$30.	Copago de \$30.	Copago de \$30.
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$100.	Copago de \$100.	Copago de \$100.
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	33 % de coseguro.	33 % Coseguro	33 % Coseguro

No pagará más de \$0 para un suministro para un mes de cada producto con insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba, y no el mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo (100 días).

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido de venta minorista estándar (dentro de la red) (Suministro para 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (Suministro para 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$60.	Copago de \$60.
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$200.	Copago de \$200.
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.

No pagará más de \$0 para un suministro de hasta tres meses de cada producto con insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los **\$5,030**

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo. También proporcionamos algunos medicamentos de venta libre exclusivamente para su uso. Estos medicamentos de venta libre se proporcionan sin ningún costo para usted. Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted, el plan y cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de \$5,030. Si llega a este monto, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de período sin cobertura

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

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo ayuda a salir del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que los pagos anuales que paga de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima que Medicare ha fijado. Una vez que alcance este monto de \$8,000, usted sale de la etapa de período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 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.

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Información importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con el Servicio para los Miembros para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cuestiones, a saber:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para la administración de la vacuna. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, usted pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración). (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
 - Cuando su médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total de este servicio.
 - Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cuando haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que debe cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, posiblemente, por más de su parte de los costos compartidos según se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a brindar atención de emergencia. Si, por accidente, usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

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

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

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

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

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

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

7. Si pagó los servicios por adelantado

Ciertas situaciones pueden garantizar el pago de la factura en el momento del servicio, incluidas las vacunas y las vacunas antigripales.

- Si paga en el momento del servicio, guarde su factura detallada. Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y los plazos para realizar la solicitud, llame al Servicio para los Miembros. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

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

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

Puede solicitarnos que realicemos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los (12) meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de habernos brindado toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para realizar una solicitud de pago.

- No tiene obligación de usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (ccahealthca.org) o puede llamar al Servicio para los Miembros y pedirlo.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

CCA Health California
Member Services Department (Payment Request)
2 Avenue De Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111

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

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

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

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en español, chino y vietnamita llamando al Servicio para los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los Miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores especializados de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para ver especialistas de la salud de la mujer o para encontrar especialistas dentro de la red, llame para presentar un reclamo con el Servicio para los Miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

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

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal
--------------------	---

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos la intención de proporcionarle su información médica a alguien que no brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a pedirles permiso por escrito a usted o a la persona a quien le haya otorgado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
- Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, que, normalmente, implica no compartir la información que lo identifica de forma única.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

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

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio para los Miembros.

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

Como miembro de CCA Medicare Excel (HMO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para los Miembros:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario de instrucciones anticipadas a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio para los Miembros para pedir los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de California.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

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

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

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Servicio para los Miembros.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar al Servicio para los Miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en:
www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para los Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Consulte esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
- Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura de medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de salud de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.

- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos informarle si contamos con algún plan en el área nueva.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

**Capítulo 9 Qué debe 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 el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. A los fines de simplificar, en este capítulo:

- Se usan palabras más simples, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice presentar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

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

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

**SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia
personalizada**

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y los sitios web.

Medicare

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

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

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

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

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

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o de los medicamentos con receta.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya 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 inquietudes.**

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de
cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar
apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta, incluido el pago). A los fines de simplificar las cosas, generalmente, hablamos de artículos médicos, servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**. Usted usa la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, la remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de Cobertura deje en claro que el servicio referido nunca se cubre bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En limitadas circunstancias se rechazará la decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una decisión de cobertura se encuentran: si la solicitud está incompleta, si alguien presentó la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted exige que se retire la solicitud. Si rechazamos la solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no están cubiertos o que ya no tienen cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un servicio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted presenta una apelación por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hayamos tomado para verificar si seguimos las normas de manera adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En limitadas circunstancias, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una decisión de cobertura se encuentran: si la solicitud está incompleta, si alguien presentó la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted exige que se retire la solicitud. Si rechazamos la solicitud para una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan la evaluará.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para recibir atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más en detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio para los Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted**. Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame al Servicio para los Miembros y solicite 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)
 - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre**. Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

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

- Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y pida el formulario *Nombramiento de representante legal*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) El formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que solicite algún tipo de decisión de cobertura o apele una decisión.

Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--------------------	---

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”

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

- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de la sección que debe utilizar, llame al Servicio para los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

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

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. A los fines de simplificar las cosas, en general, hablaremos de la cobertura para atención médica o de la atención médica, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

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

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reduciendo o interrumpiendo esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado hospitalario, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina determinación de la organización.
--

Una decisión de cobertura rápida se denomina decisión acelerada.

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar se toma, generalmente, en 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma, generalmente, en un plazo de 72 horas para servicios médicos o en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Usted solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no puede realizar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que usaremos los plazos estándares.
 - Se le explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Se le explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para 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 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedirnos otra vez obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se presenta, generalmente, en un plazo de 30 días. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

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

- **Si está solicitando una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se atrasa cuando presenta su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si fuera necesario, recopilaremos más información, para lo cual posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tenía una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá también una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.

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

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá también una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta para su apelación Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

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

- **Si la organización de revisión aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa dentro de las **72 horas** posteriores a que se nos informe la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o dentro de las **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmación de la decisión** o **rechazo de la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:
 - Se le explicará la decisión.
 - Se le notificará sobre su derecho de presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?**

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una solicitud de decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibida su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que deberíamos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

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

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntárnoslo. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra autorización antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costos compartidos menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos autorización previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicitar un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que recete tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos hace una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplique a los medicamentos en el Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican normas o restricciones adicionales para determinados medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5). Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

**Capítulo 9 Qué debe 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 inferior. Todos los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra “Lista de medicamentos” tiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que corresponda a los medicamentos alternativos.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 de Medicamentos de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivelación, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sean propensos a causar una reacción adversa u otro daño.

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

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina una determinación de cobertura acelerada .
--

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida.**Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe pedir un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o el profesional que receta nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**

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

- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otro profesional que recete), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explica que usaremos los plazos estándares.
 - Se le explica que, si su médico u otro profesional que receta pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Se le explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, recuerde incluir su nombre e información de contacto, y los datos del reclamo rechazado para el cual está presentando la apelación.

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para actuar en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo** donde se explican los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedirnos otra vez obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama redeterminación .
Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

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

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se presenta, generalmente, en un plazo de 7 días. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida.**

- Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-333-3530.** En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Para ayudarnos a procesar su solicitud, recuerde incluir su nombre e información de contacto, y los datos del reclamo.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se atrasa cuando presenta su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a emitir recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su archivo de caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, esta organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización dice que no **a parte o a la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Se le explicará la decisión.
- Se le notificará sobre su derecho de presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Se le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una
hospitalización más prolongada si usted
considera que el médico le está dando de alta
demasiado pronto**

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le darán el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos**

Dentro de los dos días posteriores a ser ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie (como, por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería) le entrega el aviso en el hospital, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Se explica lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si usted considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su cuidado hospitalario esté cubierto más tiempo.

- 2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

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

- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio para los Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede 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 la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada. **Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar en la medianoche de la fecha prevista de alta hospitalaria**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos del* cuidado hospitalario que reciba después de la fecha planificada para el alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso, se le informa de su fecha planificada para el alta y se le explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al Servicio para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha planificada para el alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del 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 *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la estadía hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: Los revisores de la organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación de la organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de cuidado hospitalario para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un adjudicador de abogados. La Sección 9 de este capítulo le dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

**Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una
apelación de Nivel 1?****Término legal**

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 referida al alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa***Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.**

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista de alta hospitalaria y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

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

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista de alta hospitalaria, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista de alta hospitalaria.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 de apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:*
Servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de recibir atención médica.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito,** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, le informamos lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo presentar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

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

2. **A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que se indica en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso donde se proporcionan detalles sobre las razones para cancelar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la **explicación detallada de no cobertura** de nosotros donde le explicaremos en detalle nuestras razones para cancelar la cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 *y* usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

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

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- Solicite una revisión rápida. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

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

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE .

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente revisa la decisión que tomamos con respecto a su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión debe ser cambiada. 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 gubernamental. Esta

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

organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos pagarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

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

- Una apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para peticiones de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no concluir*.** A diferencia de la decisión tomada en un Nivel 2 de apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.2 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones para pedidos de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibida la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibida la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

PRESENTAR QUEJAS**SECCIÓN 10** **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes****Sección 10.1** **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la atención del Servicio para los Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio para los Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o examen, o para obtener una prescripción.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos enviado el aviso obligatorio? • ¿Le resulta difícil entender la información escrita?

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

Queja	Ejemplo
<p>Respeto de los plazos (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>Si nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si solicitó que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si usted cree que no cumplimos con los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

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

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio para los Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Servicio para los Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema para el cual desea hacer el reclamo.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, detallaremos nuestras razones en la respuesta que le enviemos.

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

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se detalla la información de contacto.

o

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de la membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en CCA Medicare Excel (HMO) puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que se cancele su membresía.

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

<h3>Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual</h3>
--

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como **período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, *con* o *sin* cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no estar inscrito automáticamente.
- **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.
- Como vive en un hogar de convalecencia, puede finalizar su membresía en CCA Medicare Excel (HMO) en cualquier momento.
- Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no estar inscrito automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de Medicare para medicamentos con receta y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Su **membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio de cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en dicho momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período especial de inscripción
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de CCA Medicare Excel (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como “**período de inscripción especial**”.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener una lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal.

- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte la Sección 10 del Capítulo 5.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su inscripción debido a una circunstancia especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura para medicamentos con receta como su cobertura de salud de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- O bien Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de Medicare para medicamentos con receta y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su **membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no estar inscrito automáticamente.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Servicio para los Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2024** (Medicare y Usted 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en CCA Medicare Excel (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.• Su inscripción en CCA Medicare Excel (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio para los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.• Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su inscripción en CCA Medicare Excel (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 CCA Medicare Excel (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

CCA Medicare Excel (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
- Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio para los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
 - Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio para los Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

CCA Medicare Excel (HMO) no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con 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 durante las 24 horas, 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, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La principal legislación que aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo la Ley del Seguro Social por parte de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid, o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, La Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Servicio para los Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), CCA Medicare Excel (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar la inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asistente de atención médica a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad máxima que pagará de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que pagará de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro quirúrgico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A o B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le llevó al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le

indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda una función del cuerpo o quede gravemente incapacitado a causa de ello. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas para infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que solicita un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$8,000 por medicamentos de la Parte D cubiertos durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año, alcance los \$5,030.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más del monto permitido del costo compartido del plan. Como miembro de CCA Medicare Excel (HMO), usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores que le **facturen saldos** ni que le cobren más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha formalizado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de los medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de cada afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro al que se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertos libros de referencia.

Límite de Cobertura Inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, a los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas por el Congreso como medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es el monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más luego de volverse elegible para unirse a un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa al hospital o al centro de atención de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1.º de enero al 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también se puede inscribir en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en dicho momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que la persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, el período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Período especial de inscripción: un tiempo determinado entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud y de medicamentos o cambiar a Original Medicare.

Período especial de inscripción: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un período especial de inscripción: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en el Título 42, Sección 422.2 del CFR. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de la Parte A y la Parte B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para poder recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan de Ventajas de Medicare que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sean recibidos de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo totales combinados por los servicios de ambos proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Costo, Plan de necesidades especiales, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma permanente o que esperan residir de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de atención de enfermería (NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que proporcionen servicios de atención médica similar a largo plazo que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o por Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades similares y un estado de atención médica similar a los otros tipos de centros nombrados. Un Plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros LTC específicos en cuestión (o ser dueño de estos centros u operarlos).

Plan institucional de necesidades especiales equivalentes (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según una evaluación del estado. La evaluación debe llevarse a cabo con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención respectiva del estado y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Es posible que este tipo de plan de necesidades especiales restrinja la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si esto es necesario para garantizar una prestación uniforme de la atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de

atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, en función del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las brechas de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa de período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, las férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor que ve primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinan y prestan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro de fuera de la red: un proveedor o centro que no tienen un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no son propiedad de nuestro plan y no los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicio para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como el cuidado de visión, dental o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicio para los Miembros de CCA Medicare Excel (HMO)

Método	Información de contacto del Servicio para los Miembros
TELÉFONO	1-866-333-3530 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil. El Servicio para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este teléfono son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, salvo los feriados, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, salvo los feriados. Los mensajes recibidos durante los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil.
FAX	1-866-207-6539
CORREO	CCA Health California Member Services Department 2 Avenue De Lafayette, 5th Floor Boston, MA 02111
SITIO WEB	www.ccahealthca.org

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) (SHIP en California)

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría de seguro médico a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 (servicio de retransmisión de California) o 711 (servicio de retransmisión nacional) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	California Health Advocates 5380 Elvas Avenue, Suite 104 Sacramento, CA 95819
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/hicap

Declaración de divulgación de la PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder ante la recopilación de información, a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.