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

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de CCA Medicare Value (PPO)

Este documento proporciona detalles sobre la cobertura de atención médica y medicamentos recetados 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 Servicios para miembros al 1-833-346-9222 (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.
La llamada es gratuita.

Este plan, CCA Medicare Value, es ofrecido por Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC. (Cuando en esta **Evidencia de cobertura** *se* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC (CCA Health Rhode Island). Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa CCA Medicare Value).

En el estado de Rhode Island, Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC opera como CCA Health Rhode Island (CCA Health).

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- la prima de su plan y los costos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H9876_24_EOC_002_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 29 de febrero de 2024)

Los beneficios, las primas, los deducibles 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. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de anticipación.

CCA Medicare Value (PPO) es un plan de salud con contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra de imprenta grande, braille o audio. Llame al 833-346-9222 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas son gratuitas.

Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-346-9222 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-346-9222 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222(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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (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ございます。通訳をご用命になるには、
1-833-346-9222 (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 1-833-346-9222 (TTY 711) પર કૉલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:
ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-833-346-9222 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອ້າງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំនួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-346-9222 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Evidencia de cobertura de 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro de un plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CCA Medicare Value 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan (registro centralizado de miembro) 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 19

SECCIÓN 1 Contactos de CCA Medicare Value (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro) 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa de Medicare Federal) 24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas 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 contactar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios 33
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 33
SECCIÓN 10 Puede recibir asistencia de la Línea de asesoramiento de enfermería 34

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos* 35

SECCIÓN 1 Lo que tiene que saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red y fuera de la red para recibir atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención o durante un desastre 44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 47

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 50
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos....51

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* 54

SECCIÓN 1 Entender los gastos de bolsillo para los servicios cubiertos 55
SECCIÓN 2 Consulte la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará 57
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 162

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 166

SECCIÓN 1 Introducción 167
SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan 168
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben aparecer en la "Lista de medicamentos" del plan....173
SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos 175
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que quisiera? 177
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura se modifica para uno de sus medicamentos?....181
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?....184
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 186
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 186
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos....189

CAPÍTULO 6: *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D* 192

SECCIÓN 1 Introducción 193
SECCIÓN 2 Lo que se paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando lo reciba....196
SECCIÓN 3 Le enviamos informes para explicar los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 197
SECCIÓN 4 No hay deducible para CCA Medicare Value....199

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte 199
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha de cobertura....204
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos....204
SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales....204
SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde obtiene la vacuna....205

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitar al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*.... 208

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos....209
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o pago de una factura que recibió....212
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o la rechazaremos....218

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*.... 219

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan....220
SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan....236

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.... 238

SECCIÓN 1 Introducción....239
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada....240
SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema, ¿qué proceso debe usar?....240
SECCIÓN 4 Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones....241
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura....245
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación....255
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor de atención médica le está dando de alta demasiado pronto....267
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto....276

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 284
SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes 287

CAPÍTULO 10: *Finalización de su membresía en el plan* 294
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 295
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan? 295
SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía con nuestro plan? 299
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 300
SECCIÓN 5 CCA Medicare Value debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos 300

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 302
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 303
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 303
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 305
SECCIÓN 4 Nueva tecnología 305
SECCIÓN 5 Información a solicitud 306

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 307

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en CCA Medicare Value, que es una PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, CCA Medicare Value. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

CCA Medicare Value es una PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, esta PPO de Medicare está aprobada por Medicare y gestionada por una empresa privada.

La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de CCA Medicare Value.

Es importante que sepa las reglas del plan y los servicios que tiene disponibles. Le recomendamos que dedique un tiempo a revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo CCA Medicare Value cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en la cobertura o condiciones que la afecten. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en CCA Medicare Value, entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de CCA Medicare Value después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CCA Medicare Value cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan mientras decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro de un plan?

Sección 2.1 Sus 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 2.3 más abajo describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella;
- -- *Y* -- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para CCA Medicare Value

CCA Medicare Value se encuentra disponible solo para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence y Washington.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios al Miembro para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o salud de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o si cambia su dirección postal. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran 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 ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CCA Medicare Value si usted no es elegible para seguir siendo miembro conforme a este requisito. CCA Medicare Value debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta membresía para que vea cómo será la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de CCA Medicare Value, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Tal vez le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de un centro de cuidados paliativos; o bien, para participar en estudios de investigación clínica, también llamados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si daña, pierde o le roban su tarjeta de membresía del plan, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero, y las farmacias de nuestra red. Los **proveedores de la red** y las **farmacias de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales, farmacias y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y necesarios desde el punto de vista médico. Sin embargo, si visita a un proveedor fuera de la red, la parte de los costos de sus servicios cubiertos que debe pagar puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos) para obtener información más específica. La lista más reciente de proveedores y farmacias está disponible en nuestro sitio web, en www.ccahealthri.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedir una copia (en formato electrónico o físico) a Servicios para miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. Nosotros la llamamos la "Lista de medicamentos", para abreviar. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que se incluyen en CCA Medicare Value. Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de CCA Medicare Value.

La "Lista de medicamentos" también le informa si hay reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de medicamentos". Para obtener la información más actualizada y completa sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.ccahealthri.org) o llamar a Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CCA Medicare Value

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 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima del plan puede ser menor.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se encuentran la "Ayuda adicional" y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7, se explica más sobre estos programas. Si cumple los requisitos, la inscripción al programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que **la información sobre las primas de esta *Constancia de Cobertura* no se aplique a usted**. Le enviamos un folleto aparte, denominado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados* (también denominada Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio para miembros y pida la Cláusula LIS.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2024*, la sección denominada *Costos de Medicare para 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE

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

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de CCA Medicare Value será de $29.00.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en 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 no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. El costo de la

multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en CCA Medicare Value*,* le informamos el importe de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviarse por carta o incluirse en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** La notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
    - **Nota:** *No* son acreditables las tarjetas de descuento para medicamentos, las clínicas gratuitas y las páginas web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el importe de la multa. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de $34.70.

- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería un 14 % por $34.70, lo que equivale a $4.858. Esto se redondea a $4.90. Este monto se añadiría a **la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual media puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente las prestaciones de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este importe es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite

https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar un monto adicional, Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará cuál será el monto adicional. El importe adicional se retendrá de su cheque de beneficios de la Seguridad Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo pague normalmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el importe adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para los medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al seguro social que revise la decisión. Para saber más sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con la Seguridad Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen varias formas de pagar su prima del plan

Hay tres (3) maneras de pagar la prima del plan.

Pagará con cheque (Opción 1) o con tarjeta de crédito o retiro automático (Opción 2), a menos que nos informe que desea su prima del plan se deduzca automáticamente de su banco (Opción 3) o de su cheque del Seguro Social (Opción 3). Para inscribirse en la Opción 2 o 3 o para cambiar su selección en cualquier momento, llame a Servicios para miembros e indíquenos qué opción desea.

Opción 1: Pago con cheque

Haga los cheques pagaderos a Commonwealth Care Alliance Rhode Island. Cada mes recibirá un estado de cuenta. La parte inferior del estado de cuenta debe estar separada a lo largo de la línea perforada e insertada en el sobre de devolución que viene con su estado de cuenta. Coloque el cheque en el sobre y selle. El franqueo es obligatorio y debe adjuntarse. El cheque debe recibirse antes del día 5 de cada mes.

Opción 2: Tarjeta de crédito o retiro automático

Visite https://payments.payspanhealth.com/CCA. Siga las instrucciones de inicio de sesión y seleccione el método de pago preferido. Sus opciones son tarjeta de crédito o retiro automático de su cuenta corriente. Tiene opciones para seleccionar la cantidad y la frecuencia de sus pagos.

Opción 3: Deducción de la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con los Servicios para miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma. Nos complacerá ayudarte con esto. (Los números de teléfono de Servicios para miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Cambiar la forma en que paga su multa de la prima del plan.

Si decide cambiar la opción mediante la cual paga la prima del plan, puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia su nuevo método de pago. Mientras procesamos su pedido de 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. Para cambiar la forma en que paga su multa, comuníquese con Servicios para miembros. Nos complacerá ayudarle.

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D debe pagarse en nuestra oficina antes del día 5° de cada mes.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, en caso de adeudarse, comuníquese con el Servicio al Miembro para que lo derivemos a programas que le ayuden a pagar sus costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si se vuelve elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su derecho al programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro tiene derecho a la “Ayuda adicional” para sus gastos de medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su derecho durante el año tendrá que empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan (registro centralizado de miembro)

Su registro de miembro (registro centralizado de miembro) contiene información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. En él se indica la cobertura específica de su plan.

Los proveedores de atención médica, hospitales, farmacéuticos, y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido que le corresponden**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener la información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, una compensación laboral o Medicaid)

Si hay alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente de tránsito.

Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.

Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.

Si cambia su responsable designado (como un cuidador).

- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos al respecto llamando a Servicios al Miembro.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que obtengamos su información sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es para poder coordinar otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada más. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece indicada, llame a Servicios al Miembro. Es posible que tenga que dar su número de miembro del plan a los otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud colectiva del empleador), hay reglas que establece Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o el otro seguro que tiene. El seguro que paga primero se llama pagador primario y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo, llamado pagador secundario, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su proveedor de atención médica, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican para cobertura colectiva de un plan de salud del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura colectiva de plan de salud se basa en el empleo actual suyo o de un familiar, quién paga primero depende de su edad, cantidad de empleados de su empleador, y si tiene Medicare por motivo de edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún 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 tiene más de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, la cobertura colectiva de su plan de salud paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por ESRD, su cobertura colectiva de plan de salud pagará primero los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura en general pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

Seguro a todo riesgo (incluido el seguro de automóvil).

Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).

Beneficios de enfermedad del minero.

Indemnización 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 Value (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro)

Cómo contactarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de CCA Medicare Value. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
LLAME	833-346-9222 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 (Relé de Rhode Island) Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccahealthri.org

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

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
LLAME	833-346-9222 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 (Relé de Rhode Island) Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	857-453-4517
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccahealthri.org

Cómo contactarnos cuando presente una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica conflictos de pago o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*]).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME	1-833-346-9222 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 (Relé de Rhode Island) Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	857-453-4517
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre CCA Medicare Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME	1-833-346-9222 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 (Relé de Rhode Island) Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccahealthri.org

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

Medicare es un programa de seguro médico federal para personas de 65 años y mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con una enfermedad renal en etapa terminal (deficiencia renal permanente o trasplante de riñón).

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

Método	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB www.medicare.gov

Este es el sitio web oficial para Medicare. Le da información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información acerca de hospitales, residencias con servicios de enfermería, médicos, agencias de salud domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en Rhode Island.

El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción, con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *estimado* de cuáles serían sus costos de desembolso directo en los diferentes planes de Medicare.

También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de CCA Medicare Value:

- **Informe a Medicare acerca de su queja:** Puede enviar una queja sobre CCA Medicare Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingresa en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores local pueden ayudarle a visitar este sitio web con su computadora. **O bien,** puede llamar a Medicare e informarles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Rhode Island, SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island es un programa estatal independiente (que no está conectado con ninguna aseguradora ni plan de salud), que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Rhode Island pueden ayudarlo a entender sus derechos con Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP también pueden ayudarlo con preguntas o problemas con Medicare, y a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y A OTROS RECURSOS:

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

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program: información de contacto
TELÉFONO	1-888-884-8721
TTY	1-401-462-0740 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	https://oha.ri.gov/Medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para los beneficiarios de Medicare de cada estado. En Rhode Island, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe contactarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su hospitalización está finalizando demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Massachusetts)
TELÉFONO	1-888-319-8452 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y feriados: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hay servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare tiene que llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que 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 llamar al 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
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada, y realizar algunas operaciones, las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades y trabajadoras calificadas (QSWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con Rhode Island Medicaid.

Método	**Rhode Island Medicaid*:* información de contacto** **Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS)**
TELÉFONO	1-401-462-5274 De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
TTY	711
POR CORREO	3 West Road Cranston, RI 02920
SITIO WEB	https://eohhs.ri.gov/

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

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

Programa de Ayuda adicional (“Extra Help”) de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si cumple los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, la franquicia anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener la “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para obtener la “Ayuda adicional”, llame a:

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

Si cree que calificó para “Ayuda adicional” y cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren su nivel de copago correcto, o si ya tiene las pruebas, para entregarnos estas pruebas.

- Puede proporcionar una copia de su Carta de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, Low Income Subsidy) o una prueba de elegibilidad de Medicaid como evidencia.

Esta información puede enviarse a Servicios al Miembro a la dirección y al número de fax proporcionados anteriormente en este capítulo.

Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando surta la siguiente receta en la farmacia. Si paga un excedente de su copago, se lo reembolsaremos. Para ello, le enviaremos un cheque por el monto de su excedente de pago, o bien, haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le cobró el copago y registra su copago como deuda suya, haremos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, haremos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), sigue obteniendo el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período de brecha de cobertura. Tanto el descuento del 70 % como el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos en el formulario de ADAP califican para recibir asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Rhode Island.

Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que opera en Rhode Island, las personas deben cumplir determinados criterios, incluida una prueba de residencia estatal y del estado del VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y condición de persona sin seguro o subasegurada. Si cambia de plan, notifique al empleado a cargo de la inscripción de su ADAP local para poder continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia con Medicamentos para el VIH de Rhode Island al 1-401-222-5960.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Rhode Island, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica está supervisado por la Oficina de Salud y Envejecimiento de Rhode Island.

Método	Oficina de Salud y Envejecimiento de Rhode Island (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Rhode Island): información de contacto
TELÉFONO	1-401-462-3000 de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes
TTY	1-401-462-0740 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	https://oha.ri.gov/what-we-do

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que le informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. De 9:00 a. m. a 3:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) 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, primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios al Miembro se encuentran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan o sobre los períodos de inscripción para realizar un cambio.

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

SECCIÓN 10 Puede recibir asistencia de la Línea de asesoramiento de enfermería

CCA Medicare Value le brinda acceso las 24 horas a un profesional de atención médica calificado de guardia si necesita información y asesoramiento médicos. Cuando llame, nuestro médico clínico, un enfermero registrado, un especialista en salud conductual o una persona con formación equivalente responderá sus preguntas relacionadas con la salud general y el bienestar. Nuestro médico clínico, que tiene acceso a su Plan de atención individualizado, también podrá brindarle asesoramiento clínico con respecto a sus necesidades físicas o emocionales. Si tiene una necesidad de salud urgente, pero no es una emergencia, puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana para realizar preguntas médicas y de salud conductual.

Método	Línea de asesoramiento de enfermería: información de contacto
POR TELÉFONO	1-833-346-9222 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo utiliza el plan para obtener atención médica cubierta. Brinda definiciones de términos y explica las normas que deberá cumplir para recibir tratamientos, servicios y equipos médicos, medicamentos con receta y otra atención médica que está cubierta por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y lo que usted paga cuando recibe esta atención, utilice el cuadro de beneficios del siguiente capítulo, *Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos, 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 el importe de sus pagos compartidos como pago total. Coordinamos que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención médica que se brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de los servicios.

Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, CCA Medicare Value debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

CCA Medicare Value generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

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

La atención que reciba se considere médicamente necesaria. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Usted reciba su atención de un proveedor que sea elegible para prestar servicios bajo Original Medicare. Como miembro de nuestro plan, puede recibir su atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo).

- Los proveedores de nuestra red aparecen en el *Directorio de Proveedores*.
- Si visita a un proveedor fuera de la red, la parte de los costos de sus servicios cubiertos que debe pagar puede ser mayor.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Aunque puede atenderse con un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A menos que sea por atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si se atiende con un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable de pagar el costo total de los servicios que recibe. Compruebe con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red y fuera de la red para recibir atención médica

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

¿Qué es un médico de atención primaria (PCP) y qué hace por usted?

Su médico de atención primaria es un proveedor de la red a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

El PCP que seleccione puede ser un proveedor de atención primaria, un profesional en enfermería, un auxiliar médico o un especialista en salud de las mujeres con autorización que cumpla con los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica general integral.

¿Cuál es la función de mi PCP?

Su PCP es responsable de la coordinación de su atención médica, incluidas sus necesidades de atención médica rutinaria. Cuando se vuelve miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP. Tenemos contratos con proveedores de atención primaria que conocen su comunidad y que han establecido relaciones laborales con especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria en la comunidad y centros de atención de enfermería especializada de su área.

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

Su PCP, junto con los demás miembros de su equipo de atención, es responsable de coordinar toda su atención médica. La continuidad y la coordinación de la atención entre su PCP, los especialistas y CCA Medicare Value (PPO) lo ayudan a obtener la atención correspondiente en el lugar correcto y en el momento adecuado. La coordinación de sus servicios incluye obtener autorización previa (si corresponde) y controlar o consultar con usted u otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo evoluciona.

¿Cómo elige a su PCP?

Todos nuestros miembros deben tener un proveedor de atención primaria (PCP). Debe seleccionar un PCP cuando se inscribe en nuestro plan. Si selecciona un PCP que no pertenece a nuestra red, es posible que pague más por los servicios cubiertos.

Puede utilizar nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar un PCP. Encontrará el *Directorio de proveedores y farmacias* más actualizado en nuestro sitio web www.ccahealthri.org.

Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno. También puede llamar al Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento si necesita obtener más información o ayuda. Puede cambiar a su proveedor de atención primaria en cualquier momento. Consulte la sección “Cambiar de PCP” más abajo.

Cómo cambiar de médico de atención primaria

Puede cambiar su PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan. Si esto sucede, es posible que deba buscar un nuevo PCP. Si elige visitar a un PCP que no pertenece a nuestra red, es posible que pague más por los servicios cubiertos.

Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro. Si el cambio de PCP implica un grupo médico diferente, entrará en vigencia el primer día del mes luego de realizar la solicitud. Sin embargo, si su cambio de PCP se realiza dentro del mismo consultorio o centro de atención primaria, su cambio puede entrar en vigencia con mayor rapidez.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una derivación 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 mujeres, lo que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos

Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía

Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de los proveedores fuera de la red.

Los servicios por necesidad de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas.

Los servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener

servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor. Si es posible, infórmenos antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un proveedor de atención médica que presta servicios de atención médica para una enfermedad o partes del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares.

Su PCP trabajará con usted y sus especialistas para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

Los dentistas y los PCP del plan trabajan con ciertos especialistas que utilizan para las remisiones, aunque usted tenga cobertura para cualquier especialista que forme parte de nuestra red. Si hay especialistas específicos que desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con esos especialistas. Puede cambiar su PCP si desea consultar a un especialista a quien su PCP actual no puede derivarlo. Para obtener más información sobre cómo cambiar su PCP, consulte “Cambiar su PCP” en este capítulo. También puede llamar al Servicio para los Miembros si necesita obtener más información o ayuda.

Nuestro plan tiene contratos con ciertos centros que brindan atención para afecciones crónicas y agudas, y rehabilitación. Como miembro de CCA Medicare Value, usted será derivado a hospitales de la red en los que su PCP tenga privilegios de admisión. Debe estar familiarizado con estos centros, que generalmente están ubicados en su comunidad. Consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar centros dentro de la red del plan. Encontrará el *Directorio de proveedores y farmacias* más actualizado en nuestro sitio web www.ccahealthri.org.

Nuestro plan también cubre una segunda opinión de un especialista o cualquier otro profesional de atención médica calificado para cualquier servicio cubierto dentro de la red. También puede obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si un proveedor de la red no está disponible. Su PCP/equipo de atención lo ayudará a coordinar los servicios de un proveedor fuera de la red que brinde una segunda

opinión. Los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red deben estar autorizados por CCA Medicare Value antes de obtener la atención. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted.

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener la autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan, antes de que se preste un servicio, si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación avanzada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]) contiene más información sobre lo que debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya tomamos.

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

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

- Si bien es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de cuidado primario o de salud mental abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a consulta con ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si es asignado al proveedor, recibe actualmente atención de ellos o los ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red al que pueda acceder para continuar con su atención.
- Si está recibiendo un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan. Trabajaremos con usted para garantizar que eso suceda.

- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos necesarios para que reciba los beneficios cubiertos médicamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro 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 abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está gestionando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y necesarios desde el punto de vista médico. Sin embargo, **si visita a un proveedor fuera de la red, la parte de los costos de sus servicios cubiertos que debe pagar puede ser mayor.** Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A menos que sea por atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Compruebe con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

- No es necesario que obtenga una derivación o una autorización previa cuando reciba atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, puede solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que va a recibir están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo pedir decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
    - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable de todo el costo. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para saber cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture al plan primero. Sin embargo, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. Además, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el *Capítulo 7 (Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para saber qué hacer si recibe una factura o si necesita pedir un reembolso.
- Si recurre a un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un importe de gastos compartidos más elevado. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Una **emergencia médica** sucede cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o el deterioro graves de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Recibe ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si es necesario, llame a una ambulancia. **No** necesita obtener aprobación o una remisión de su PCP. No necesita usar un proveedor de atención médica de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando 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 nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia. Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted, u otra persona, deben llamar para informarnos su atención de emergencia, en general, en el plazo de las 48 horas. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 833-346-9222 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

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

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le estén brindando su atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y cuándo finaliza la emergencia médica.

Luego de la finalización de la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su enfermedad continúe estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que sus proveedores se comuniquen con nosotros y planifiquen cuidado adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si recibe su atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el mayor costo compartido fuera de la red.

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

En ocasiones, puede ser muy difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención de emergencia al pensar que su salud está en grave peligro, y el proveedor de atención médica puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud corría grave peligro, brindaremos cobertura para su atención médica.

Sin embargo, después de que el proveedor de atención médica haya dicho que *no* era una emergencia, la cantidad de costos compartidos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos será normalmente menor que si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de servicios por necesidad de urgencia

¿Qué son los servicios por necesidad de urgencia?

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

En la mayoría de los casos, si se encuentra en el área de servicio del plan y recurre a un proveedor fuera de la red, pagará una parte más alta de los costos de su atención.

Siempre debe intentar obtener servicios por necesidad de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente inaccesibles o no disponibles, y no es razonable esperar a obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios por necesidad de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red (p. ej., usando centros de atención de urgencia, una línea directa del proveedor, etc.).

Le recomendamos que llame a la línea de Servicios al Miembro al 1-833-346-9222 (TTY: 711) y seleccione Línea de asesoramiento de enfermería en las opciones del menú si tiene necesidades de atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Le pondremos en contacto con nuestro Departamento de Respuesta Clínica, que está disponible las 24 horas del día. Contamos con enfermeros licenciados y médicos de salud conductual que lo ayudarán con sus necesidades de atención médica o de salud conductual urgente.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos. Hay un límite de $100,000 para servicios de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este manual.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte 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 el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

CCA Medicare Value cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y estos servicios no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de la prestación, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su prestación para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los gastos una vez alcanzado el límite de la prestación no se aplicará al máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios a los miembros cuando quiera saber qué cantidad de su límite de beneficios ha utilizado ya.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en la que los proveedores de atención médica y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el funcionamiento de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en ellos.

Cuando Medicare apruebe el estudio y usted manifieste interés, alguien que trabaje en el estudio lo contactará para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos de los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio mientras cumpla los requisitos de este *y* entienda y acepte 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 de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos al respecto ni obtener aprobación de nuestra parte o de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesariamente tienen que formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (investigational device trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener 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 *no* aprobó, *deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica ¿quién paga qué costos?

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo importe por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó en concepto de costos compartidos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta USD 100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de $20 en el Medicare Original, pero la prueba sería de $10 en los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego, debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación al plan, como una factura del proveedor. Luego, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes costos**:

- En general, Medicare **no** pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio prueba, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si *no* participara del estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica en general requiere de una sola tomografía.

¿Quiere más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución 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 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 de hospitalización de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

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

Para obtener atención de 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 que sea **no exento**.

- La atención o tratamiento médico **no exento** es toda atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- La atención o tratamiento médico **exento** es toda atención o tratamiento médico que sea **no** voluntario o *requerido* por una ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan que recibe se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le brinden en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para atención médica para pacientes hospitalizados o en centros de enfermería especializada.
  - Y, debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro. De lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Tiene cobertura durante un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estancia cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de la cobertura se describen en el apartado Atención hospitalaria para pacientes ingresados de la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero, después de hacer cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME), incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión i.v., nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar. El afiliado siempre será propietario de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, la gente que alquila ciertos tipos de DME es propietaria del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CCA Medicare Value, por lo general, usted no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

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

Si no adquirió la titularidad del artículo de DME mientras era miembro del plan, tendrá que hacer 13 copagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare, para ser el propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras lo estaba. Luego regresa a Original Medicare. Para ser propietario del artículo, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿Cuáles son sus beneficios de oxígeno?

Si califica para recibir cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, CCA Medicare Value cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona CCA Medicare Value o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Entender los gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

En este capítulo se brinda una Tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CCA Medicare Value. Posteriormente en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para determinados servicios.

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

Para comprender la información de pago, en este capítulo le proporcionamos información sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir un servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir un servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para acceder a Medicaid o al programa de Beneficiarios Cualificados de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

En nuestro plan, hay dos límites diferentes de lo que tiene que pagar de gastos de bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo de gasto de bolsillo dentro de la red** es de $4,500. Esto es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan recibidos de proveedores de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos de los proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Si ha pagado $4,500 por servicios cubiertos de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año cuando acuda a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).
- El **monto máximo de gastos de bolsillo combinado** es de $4,500. Es lo máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos por el plan que recibe de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los importes que paga por los copagos y coseguros de los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo combinado. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuentan para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo). Si ha pagado $4,500 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100 % y no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de CCA Medicare Value, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el importe del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados “**facturación de saldo**”. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí se explica cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, USD 15,00), solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los gastos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor que usted visite:
    - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (determinada en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el importe del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para miembros.

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

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

La Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas enumera los servicios que cubre CCA Medicare Value y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos solo tienen cobertura cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben proporcionarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención, servicios, suministros y equipos médicos, y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico o los demás proveedores de la red obtienen aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa) de CCA Medicare Value.

- Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados en negrita y cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
- No necesita aprobación previa para los servicios de proveedores fuera de la red.

Aunque no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su proveedor de atención médica pueden pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el costo compartido es un porcentaje de coseguro, el importe que usted paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (determinada en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- 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 Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre beneficios para miembros inscritos que tienen enfermedades crónicas

Si se le diagnostica(n) la(s) siguiente(s) enfermedad(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple con determinados criterios, puede tener derecho a los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.

- dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en estadio terminal, enfermedad renal en estadio terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades de la salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.

- La elegibilidad relacionada con los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) se determina a discreción del Plan. Los beneficios están disponibles para los miembros que se identifican mediante la recepción de documentación del proveedor (p. ej., una reclamación presentada por un proveedor) que incluye una afección crónica que califica, y su atención la coordina un socio de atención de CCA o un proveedor de la red. Tras la validación de que se cumplieron los criterios de elegibilidad, CCA le notificará sobre su inscripción en estos beneficios. Estos beneficios no son retroactivos.
- Para más información, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas de 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 que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan sólo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, auxiliar médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	Copago de $0 fuera de la red para los miembros que cumplen con los requisitos para esta prueba de detección preventiva. .

Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos se proporcionan a través de American Specialty Health (ASH) e incluyen: Con cobertura de Medicare: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Doce semanas o más. • No es específico, porque no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa). • No está asociado a cirugías. • no está asociado con el embarazo. Ocho sesiones adicionales cubiertas para pacientes que demuestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos de Proveedor: Los médicos (según se define en la sección 1861 [r] [1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar tratamiento de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. (continuación)	Copago de $30 dentro de la red por visita cubierta de Medicare Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo. **Sin cobertura de Medicare:** copago de $0 por visita de acupuntura no cubierta por Medicare dentro de la red hasta 20 por año	Coseguro del 20 % fuera de la red por visita cubierta por Medicare Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo. **Sin cobertura de Medicare:** 20 % del costo total por visita de acupuntura no cubierta por Medicare fuera de la red hasta 20 por año

Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Los auxiliares médicos (PA), profesionales en enfermería (nurse practitioner, NP) /especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (como se define en la sección 1861[aa5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen: • Una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una escuela con acreditación de la Comisión de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar tratamientos de acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione tratamientos de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, como lo exigen las regulaciones el título 42, secciones 410.26 y 410.27 del CFR. American Specialty Health (ASH) administrará los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare para proveedores dentro de la red. **Acupuntura de rutina (sin cobertura de Medicare)** Nuestro plan cubre 20 visitas de acupuntura complementarias no cubiertas por Medicare por año a través de American Specialty Health (ASH).		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención médica si se proporcionan a un miembro cuya enfermedad es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es una emergencia, se debe documentar que la enfermedad del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***Se requiere autorización previa para todos los servicios de ambulancia de Medicare que no sean de emergencia.***	Servicios de ambulancia terrestre: copago de $250 por viaje de ida. Servicios de ambulancia aérea: copago de $250 por viaje de ida. Este costo compartido refleja los costos de bolsillo para los servicios dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información sobre la cobertura en todo el mundo, consulte “Cobertura en todo el mundo” en la Tabla de beneficios médicos. No se eximen los copagos si se ingresa en el hospital Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	

Examen físico anual Cubierto una vez al año. Un examen realizado por un proveedor de atención primaria, un enfermero o un asistente médico. Este examen revisa su historial médico y de medicación e incluye un examen físico completo. Un examen físico anual es un examen más completo que una visita anual de bienestar.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.	20 % de coseguro Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.
Recompensa por la visita anual de bienestar Un examen físico anual califica para una recompensa de $25 por año después de haber completado la visita. Las visitas de rutina al PCP, como las visitas de seguimiento o las consultas por enfermedad, no califican para la recompensa. Las recompensas ganadas se agregarán a su Healthy Savings card para que la pueda usar en tiendas minoristas de la red de artículos OTC. **Esta carga puede demorarse varios meses.** Para ganar esta recompensa, debe acudir a una visita anual de bienestar o realizarse un examen anual. Cualquiera de los dos tipos de visita anual es más larga que las visitas de rutina al PCP. Durante una visita anual de bienestar o un examen físico anual, usted y su proveedor de atención médica revisarán su estado de salud general en detalle. Su proveedor debe facturarle su examen a CCA para que su recompensa se procese y se aplique a su tarjeta Healthy Savings. Su recompensa se puede usar en tiendas minoristas de venta libre (OTC) de la red para comprar artículos permitidos, que excluyen armas de fuego, alcohol o tabaco. Cubierto una vez por año calendario.	Si su PCP le ha realizado una visita anual de bienestar o un examen físico anual que califican, puede recibir una recompensa de hasta $25 en su Healthy Savings card por año calendario al momento en que el proveedor le factura a CCA por el servicio.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Visita anual de bienestar Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede ir a una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud y sus factores de riesgo actuales. Esto está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede hacerse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*. No obstante, no es necesario que vaya a una visita *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. **Recompensa por la visita anual de bienestar** Consulte Examen físico anual anteriormente para obtener detalles. Cubierto una vez por año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.	Copago de $0 fuera de la red
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, esto se refiere a las personas con riesgo de pérdida de masa ósea u osteoporosis), los siguientes servicios tienen cobertura cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
🍎 **Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)** Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	Copago de $0 fuera de la red
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. ***Se requiere autorización previa***	Copago de $0 dentro de la red para los servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red para servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su PCP puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que esté comiendo de forma saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo del tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	Copago de $0 fuera de la red por visita
Pruebas para enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada 5 años.	Copago de $0 fuera de la red

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Examen de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de vagina o de cuello uterino, o si está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Copago de $20 dentro de la red por visita Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red por visita Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección previos. • La sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • El análisis de sangre oculta en heces de detección para pacientes de 45 años o más, una vez cada 12 meses. • La prueba multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo, una vez cada 3 años. • El análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo, una vez cada 3 años. • El enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde la última enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. (continuación)	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Enema de bario: copago de $0 dentro de la red	Copago de $0 fuera de la red Enema de bario: coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Al menos una vez 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare tenga un resultado positivo.		

Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en circunstancias limitadas, en concreto cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación del cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Servicios dentales cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por Medicare, también denominados atención dental que no sea de rutina, son los servicios que proporciona un dentista o un cirujano bucal que se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula a fin de aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o los servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico. Además, cubrimos los siguientes servicios dentales preventivos e integrales que Medicare no cubre: (continuación)	**Servicios dentales cubiertos por Medicare:** Costos dentro de la red: copago de $0 **Sin Medicare:** **Máximo anual combinado (servicios dentales preventivos e integrales)**: $3,000 **Servicios dentales preventivos:** copago de $0 hasta el monto máximo permitido para exámenes, limpiezas, radiografías y flúor dentro de la red **Servicios dentales integrales:** copago de $0 dentro de la red hasta el monto máximo permitido. Una vez agotado el máximo anual, los gastos restantes son su responsabilidad.	**Servicios dentales cubiertos por Medicare:** Costos fuera de la red: 20 % de coseguro **Sin Medicare:** **Máximo anual combinado (servicios dentales preventivos e integrales)**: $3,000 **Servicios dentales preventivos:** copago de $0 hasta el monto permitido de CCA (según el código) y el monto máximo anual permitido para exámenes, limpiezas, radiografías y flúor dentro de la red **Servicios dentales integrales:** copago de $0 hasta el monto permitido de CCA (según el código) y el monto máximo anual permitido.

Servicios dentales (continuación) Servicios dentales preventivos: • Los exámenes bucales periódicos son pagaderos dos veces por año calendario. • Los exámenes bucales integrales se pagan una vez cada 3 años. • Las radiografías de aleta de mordida se pagan una vez por año calendario. • Las radiografías panorámicas o de boca completa (serie completa) (incluidas las radiografías de aleta de mordida) se pagan una vez cada 3 años. • Las radiografías de aleta de mordida no se pagan en el mismo año que la serie de boca completa. Servicios dentales integrales: • Servicios de diagnóstico adicionales • Servicios de restauración (coronas, puentes, dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas) • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Implantes (máximo 4 por año) • La cirugía bucal/maxilofacial incluye sedación • Protectores oclusales (continuación)	Para obtener información detallada sobre los servicios cubiertos, consulte la Tabla de beneficios dentales de rutina cubiertos que aparece después de esta Tabla de beneficios médicos.	Una vez agotado el máximo anual, los gastos restantes son su responsabilidad. Para los servicios recibidos fuera de la red, el plan solo paga hasta el monto permitido de CCA (por código) y el monto máximo permitido. Si decide acudir a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture cualquier cantidad superior a la que paga el plan por cada servicio. Para obtener información detallada sobre los servicios cubiertos, consulte la Tabla de beneficios dentales de rutina cubiertos que aparece después de esta Tabla de beneficios médicos.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios dentales (continuación) Se aplican limitaciones de frecuencia. Esta lista no es una garantía de cobertura. Los servicios que requieren autorización deben ser enviados directamente por el proveedor dental de la red tratante a nuestro administrador de beneficios dentales, Skygen, para su revisión. Para saber si su dentista es un dentista de CCA Medicare Value o si necesita un nuevo dentista, consulte el Directorio dental o póngase en contacto con Servicios para miembros. Para obtener más detalles sobre los beneficios dentales cubiertos, consulte el cuadro Beneficios dentales cubiertos después de esta Tabla de beneficios médicos. ***Se requiere autorización previa para los siguientes servicios:*** • Servicios que no son de rutina • Servicios de endodoncia • Prostodoncia, • otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios, incluidos los implantes.		
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La detección debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por una visita anual para una prueba de detección de depresión.	Copago de $0 fuera de la red por visita

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden tener cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red por visita

🍎 **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes** Para todas las personas que tienen diabetes (usuarias y no usuarias de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles que no sean a medida provistas con estos zapatos) por año calendario. La cobertura incluye la prueba y ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. • Prueba de detección de glaucoma. (continuación)	**Suministros para el control de la diabetes:** copago de $0 dentro de la red. **Zapatos/plantillas para diabéticos:** coseguro del 20 % dentro de la red. **Capacitación para el autocontrol de la diabetes:** copago de $0 dentro de la red **Examen de detección de glaucoma:** copago de $0 dentro de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Suministros para el control de la diabetes:** coseguro del 20 % fuera de la red **Calzado/plantillas para diabéticos:** coseguro del 20 % fuera de la red **Capacitación para el autocontrol de la diabetes:** coseguro del 20 % fuera de la red **Examen de detección de glaucoma:** copago del 20 % fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) 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: medidor FreeStyle Precision Neo®, tiras reactivas FreeStyle Precision Neo®, medidor FreeStyle Lite®, medidor FreeStyle Freedom Lite®, tiras reactivas FreeStyle Lite ®, lancetas FreeStyle®, tiras reactivas Freestyle®, tiras reactivas Freestyle InsuLinx ®, medidor Precision Xtra ®, tiras reactivas Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra Beta Ketone®, medidor OneTouch Ultra 2®, medidor OneTouch Ultra Mini®, tiras reactivas OneTouch Ultra ®, medidor OneTouch Verio®, Medidor OneTouch Verio® Reflect, medidor OneTouch Verio® Flex,tiras reactivas OneTouch Verio®, lancetas OneTouch Delica®, lancetas OneTouch Delica® Plus, lancetas OneTouch Delica® Ultrasoft (continuación)	.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
🍎 **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)** Puede obtener un glucómetro nuevo y tiras reactivas solicitando una nueva receta a su proveedor para surtirla en su farmacia local. También puede llamar a LifeScan al 1-800-227-8862 o visitar www.lifescan.com. O bien, llame a Abbott Diabetes Care al 1-800-522-5226 o visite en línea www.AbbottDiabetesCare.com. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro. No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y otros suministros para personas con diabetes proporcionados por un proveedor contratado. ***Se requiere autorización previa para los suministros para pruebas de diabetes no preferidos (monitores de glucosa y tiras reactivas) y zapatos/plantillas para diabéticos.***		

Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los ejemplos incluyen andadores, entre otros: sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión i.v., dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o andadores. Cubrimos todos los DME que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.ccahealthri.org. Por lo general, CCA Medicare Value cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CCA Medicare Value y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su proveedor para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su proveedor, puede pedirle que lo remita a una segunda opinión). (continuación)	20 % de coseguro Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	20 % de coseguro Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre el producto o la marca adecuados para su enfermedad. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, **Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**.) ***Se requiere autorización previa.***		

Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con los siguientes requisitos: • son suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente. El costo compartido de los servicios de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red. Cobertura mundial de los servicios del departamento de emergencias. La cobertura incluye: • La atención de urgencia o de emergencia, y • el transporte de urgencia en ambulancia desde una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano.	Copago de $90 para servicios dentro y fuera de la red. No pagará este monto si ingresa en el hospital en el plazo de 24 horas por la misma enfermedad. Si se lo ingresa en un hospital, pagará el costo compartido descrito en la sección Atención hospitalaria de esta tabla de beneficios. Si recibe atención de urgencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente interno después de que se estabilice su estado de urgencia, debe trasladarse a un hospital de la red para poder pagar el importe de la participación en los costos compartidos de la red para la parte de su estancia después de que se estabilice. Si se queda en un hospital fuera de la red, su estancia estará cubierta, pero tendrá que pagar el importe del costo compartido fuera de la red para la parte de su estancia después de que se estabilice. Este monto de costo compartido refleja los costos de bolsillo para los servicios dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información sobre la cobertura en todo el mundo, consulte “Cobertura en todo el mundo” en la Tabla de beneficios médicos.

Programas educativos de salud y bienestar El plan cubre los servicios preventivos de Medicare. Estos servicios se enumeran por separado en esta Tabla de beneficios médicos y están marcados con una manzana. Otros programas de salud y bienestar no tienen cobertura según el beneficio de Medicare. Nuestro plan también cubre servicios y programas adicionales, que incluyen, entre otros: • Recursos de educación para la salud y el bienestar en el hogar • Programas de autogestión de cuidados complejos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes y la insuficiencia cardíaca • Entrevista motivacional • Acceso a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana (consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo acceder a la Línea de asesoramiento de enfermería). Su equipo de atención trabajará con usted y le recomendará qué programas pueden ser adecuados para usted según sus necesidades. Para obtener más información o ayuda, hable con su equipo de atención. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por CCA Health Rhode Island o por un proveedor contratado. (continuación)	**Usted paga $0 por programas de salud y bienestar a través de CCA.**	Usted paga el 20 % por los programas de salud y bienestar a través de un proveedor fuera de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Programas educativos de salud y bienestar (continuación) **Acondicionamiento físico** El plan cubre beneficios de acondicionamiento físico a través de **Silver & Fit Fitness:** Su beneficio de Silver & Fit incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso a un gimnasio único dentro de la red de su elección por mes, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un (1) kit anual de acondicionamiento físico en el hogar y mucho más. Para encontrar ubicaciones de acondicionamiento físico Silver & Fit e información adicional sobre el acondicionamiento físico en el hogar y cómo pedir su kit de acondicionamiento físico, visite www.silverandfit.com. También puede llamar al 1-877-427-4788 (TTY 711). Debe usar Silver&Fit para el acondicionamiento físico.	**Acondicionamiento físico Silver & Fit:** $0	**Acondicionamiento físico:** sin cobertura fuera de la red. Debe usar el programa Silver & Fit.

Servicios para la audición **Exámenes de audición que no son de rutina:** Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Además de los beneficios de exámenes de audición que no son de rutina cubiertos por Medicare, también cubrimos los siguientes beneficios de **audición de rutina** a través de NationsHearing: • Exámenes de audición de rutina: un examen por año. • Audífonos: el plan cubre 2 audífonos de NationsHearing por año. Usted es responsable de pagar una cantidad de copago según el nivel de audífonos que elija. • Evaluaciones de adaptación de audífonos: una adaptación/evaluación de audífonos por año. La compra de audífonos incluye: • 3 visitas de seguimiento durante el primer año desde la fecha de adaptación inicial • Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de instalación • 60 pilas al año por audífono (suministro de 3 años) • 3 años de garantía de reparación del fabricante (continuación)	**Exámenes de audición que no son de rutina** **Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:** copago de $0 dentro de la red por visita **Audición de rutina** **Examen de audición de rutina (1 examen por año):** copago de $0 dentro de la red por visita **Audífonos:** Beneficio máximo de $2,000 para la compra de hasta 2 audífonos (1 por oreja) por año de beneficio. Usted es responsable de los costos de los audífonos después de que se agote el beneficio máximo del plan de $2,000.	**Exámenes de audición que no son de rutina** **Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita **Audición de rutina** **Examen de audición de rutina:** No está cubierto. Debe usar un proveedor de NationsHearing. **Audífonos:** coseguro del 50 % fuera de la red hasta el beneficio máximo de $2,000 por año de beneficio. Usted es responsable de los costos de los audífonos después de que se agote el beneficio máximo del plan de $2,000.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios de audición (continuación) • 1 cobertura de sustitución de un audífono perdido, robado o dañado (puede aplicarse una franquicia por audífono) • Primer juego de moldes de oreja (cuando sea necesario) Nuestro plan tiene un contrato con NationsHearing para proporcionar sus servicios de audición de rutina (no cubiertos por Medicare). Póngase en contacto con NationsHearing por teléfono llamando al 877-277-9196 (TTY 711) para obtener más información o concertar una cita.		
Prueba de detección del VIH Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o quienes están en mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un proveedor de atención médica debe certificar que necesita servicios de salud domiciliarios y solicitará la prestación de dichos servicios por parte de una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que dejar su hogar requiere un gran esfuerzo de su parte. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio de manera parcial o intermitente (serán cubiertos en virtud del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben acumular en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla Servicios médicos y sociales Equipo médico y suministros. ***Se requiere autorización previa***	Copago de $0 dentro de la red por visita	Coseguro del 20 % fuera de la red por visita. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados según el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo bajo el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para suministrar terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para terapia de infusión domiciliaria, proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado. ***Se requiere autorización previa***	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de cuidado primario, a los servicios de médicos especialistas o a los servicios de salud a domicilio (tal y como se describe en el apartado Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico o Cuidado de las agencias de salud a domicilio, según el lugar donde haya recibido los servicios de administración o monitoreo. Usted pagará estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo. 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. 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.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) Usted es elegible para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos cuando su proveedor de atención médica y el director médico de dicho centro le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que posee o controla la organización de MA, o en los que dicha organización tiene un interés financiero. Su proveedor de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de los síntomas y del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas. (continuación)	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos 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 Value.	

Cuidados paliativos (continuación) Para los servicios del centro de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de servicios de cuidados paliativos por tales servicios y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales), su proveedor de dicho centro le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni por necesidad de urgencia cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y no relacionados con su pronóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usa o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito de obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos por los servicios fuera de la red (continuación)	

Cuidados paliativos (continuación) Para los servicios cubiertos por CCA Medicare Value, pero sin cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare: CCA Medicare Value continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de su plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden tener cobertura de los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con la afección terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). **Nota**: Si necesita atención que no sea de un centro de cuidados paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta en un centro de cuidados paliativos (solo una vez) para las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.	

Atención para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios para enfermos agudos internados, servicios de rehabilitación para pacientes internados, de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo ingresan formalmente en un hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de atención médica especiales, (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de equipos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje y el habla • Servicios por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados (continuación)	copago de $200 por día para los días 1 a 5; Copago de $0 para los días 6 en adelante Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días dentro de la red en cada período de beneficios Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	copago de $200 por día para los días 1 a 5; Copago de $0 para los días 6 a 90 Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días dentro de la red en cada período de beneficios Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo. Si obtiene atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que se estabilice su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Atención hospitalaria (continuación) • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores encargados de los trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón comunitario de atención, usted puede elegir ir a un centro local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CCA Medicare Value proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir un trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: la cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. (continuación)		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Atención hospitalaria (continuación) Puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina *¿Está usted internado en un hospital o es un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa***		
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen atención de la salud conductual que requiere hospitalización. Medicare tiene un límite de por vida de 190 días respecto de los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud conductual proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general en virtud de Medicare. ***Se requiere autorización previa***	Copago de $300 por día para los días 1 a 5; copago de $0 por día para los días 6 a 90 Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Copago de $300 por día para los días 1 a 5; copago de $0 por día para los días 6 a 90 Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis), o para después de un trasplante renal cuando lo solicita un proveedor de atención médica. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y, después de eso, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambios en la conducta de salud que proporciona capacitación práctica en relación con cambios dietarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de lograr bajar de peso y llevar un estilo de vida saludable.	No hay un coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.	Copago de $0 fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra, sino que se inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se le administran mediante el uso de un equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada a su hogar, tiene una fractura ósea que el proveedor de atención médica certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoinyectarse el medicamento. • Antígenos (continuación)	**Medicamentos de quimioterapia/radiación:** Coseguro del 0 al 20 % dentro de la red **Otros medicamentos de la Parte B:** coseguro del 0 al 20 % dentro de la red **Insulina:** copago de $35 por insulina Es posible que pague un coseguro más bajo por algunos medicamentos de la Parte B si el precio del medicamento aumentó más rápido que la tasa de inflación en un trimestre de referencia. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Medicamentos de quimioterapia/radiación:** coseguro del 20 % fuera de la red **Otros medicamentos de la Parte B:** coseguro del 20 % fuera de la red. **Insulina:** copago de $35 por insulina Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto de la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y fármacos estimulantes de la eritropoyesis • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades primarias de inmunodeficiencia. También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos con receta tengan cobertura. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Algunos medicamentos recetados de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada. Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B: (Nota: las clases de fármacos que se enumeran a continuación generalmente no son autoadministradas por el paciente) (continuación)		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Antiinflamatorio • Agentes antineoplásicos (cáncer) • Biológicos • Factores estimulantes de colonias • Derivados del ácido hialurónico • Agentes eritropoyéticos • Factores de crecimiento endotelial vascular Para ver la lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada, visite: https://www.commonwealthcarealliance.org/ri/providers/medical-policies/medical-necessity-guidelines/ El enlace puede actualizarse a lo largo del año y cualquier cambio debe añadirse al menos 30 días antes de su aplicación, según el 42 CFR 42.111(d). ***Se requiere autorización previa***		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Línea de asesoramiento de enfermería La Línea de asesoramiento de enfermería le brinda acceso las 24 horas a un profesional de atención médica calificado de guardia si necesita información y consejos médicos. Cuando llame, nuestro médico clínico, un enfermero registrado, un especialista en salud conductual o una persona con formación equivalente responderá sus preguntas relacionadas con la salud general y el bienestar. La línea de asesoramiento está disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana, llamando al 833-346-9222 (TTY: 711).	Copago de $0	$0 de copago
🍏 **Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida** Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarte a bajar de peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario (PCP) u otro profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección preventiva de obesidad y su terapia.	Copago de $0 fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas opioideos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia grupal e individual. • Pruebas de toxicología • Actividades para controlar el consumo. • Evaluaciones periódicas	Copago de $0 dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para contener fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta usada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. ***Se requiere autorización previa***	**Análisis de laboratorio:** copago de $0 dentro de la red **Radiografías:** copago de $0 dentro de la red **Radiología terapéutica:** copago de $10 dentro de la red **Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos):** copago de $0 dentro de la red **Pruebas y procedimientos de diagnóstico (radiológicos) (p. ej., RM):** copago de $150 dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Análisis de laboratorio:** coseguro del 20 % fuera de la red **Radiografías:** coseguro del 20 % fuera de la red **Radiología terapéutica:** coseguro del 20 % fuera de la red **Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos):** coseguro del 20 % fuera de la red **Pruebas y procedimientos de diagnóstico (radiológicos) (p. ej., RM):** coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si necesita hospitalizarse como paciente interno o si le pueden dar de alta. Para que tengan cobertura los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir a pacientes en el hospital o para pedir pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente internado en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntárselo al personal del hospital. (continuación)	Copago de $250 dentro de la red por día. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red por día. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación) Puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina *¿Está usted internado en un hospital o es un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		

Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de la salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor de atención médica certifica que, sin esta atención, se podría requerir tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que no pueden autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente internado en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. (continuación)	Copago de $250 dentro de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina *¿Está usted internado en un hospital o es un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa***		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero profesional (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare y con matrícula estatal, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. ***Se requiere autorización previa***	**Sesiones individuales:** Copago de $0 dentro de la red por visita. **Sesiones grupales:** copago de $0 dentro de la red por visita	**Sesiones individuales:** Copago de $0 fuera de la red por visita. **Sesiones grupales:** Copago de $0 fuera de la red por visita

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapia independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF). ***Se requiere autorización previa***	Copago de $0 por visita a domicilio $15 por visita a consultorio o centro de proveedor dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Ofrecemos sesiones individuales y grupales	**Sesiones individuales:** Copago de $0 dentro de la red por visita. **Sesiones grupales:** copago de $0 dentro de la red por visita	**Sesiones individuales:** Copago de $0 fuera de la red por visita. **Sesiones grupales:** Copago de $0 fuera de la red por visita

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios (ambulatory surgical centers, ASC) **Nota:** Si le harán una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si se hará como paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de internación en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos para una cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. ***Se requiere autorización previa***	**Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios:** copago de $250 por cirugía y otros servicios cubiertos por Medicare dentro de la red. Centros quirúrgicos ambulatorios (Ambulatory surgical centers, ASC)**:** copago de $200 por cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare dentro de la red. Se aplicarán los costos compartidos para los servicios adicionales cubiertos por el plan. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Servicio hospitalario para pacientes ambulatorios:** coseguro del 20 % por cirugía y otros servicios cubiertos por Medicare fuera de la red Centros quirúrgicos ambulatorios (ASC)**:** coseguro del 20 % por cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) Recibirá una tarjeta Healthy Savings Card con una asignación de $160 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre (OTC) cubiertos por CCA, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, cepillos de dientes, pruebas de diagnóstico de COVID-19, suministros para síntomas de resfrío y otros, sin receta en minoristas de la red OTC. Los **miembros con enfermedades crónicas** pueden utilizar la asignación trimestral en la tarjeta Healthy Savings Card para la compra de productos alimenticios y agrícolas cubiertos por CCA en tiendas minoristas OTC de la red. Para obtener más información, consulte “**Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas**” en la Tabla de beneficios médicos. Si tiene preguntas sobre los artículos OTC cubiertos por CCA, visite www.mybenefitscenter.com o comuníquese con Servicios para miembros con el número de su tarjeta Healthy Savings Card. Debe usar la tarjeta como si fuera efectivo. Los fondos no utilizados o robados no se transfieren ni reemplazan. (continuación)	**Dentro de la red** Usted recibe $160 cada trimestre calendario en su tarjeta Healthy Savings Card por la compra de artículos OTC cubiertos por CCA. Los montos no utilizados no pueden transferirse de un trimestre al siguiente. Si el costo de los artículos OTC cubiertos por CCA excede el límite trimestral de beneficios de $160, usted deberá pagar los costos adicionales. Su tarjeta se recargará automáticamente con la asignación trimestral al comienzo de cada trimestre mientras permanezca inscrito. **Fuera de la red** Usted paga $0 por artículos cubiertos hasta $160 por trimestre calendario. Los montos no utilizados no pueden transferirse de un trimestre al siguiente. Si el costo de los artículos OTC cubiertos por CCA excede el límite trimestral de beneficios de $160 por trimestre calendario, usted deberá pagar los costos adicionales. Para obtener el reembolso por compras fuera de la red, debe presentar un formulario de reembolso junto con un recibo detallado y un comprobante de pago. Consulte el Capítulo 7 para obtener detalles completos o llame a Servicios para miembros para solicitar un formulario de reembolso, o visite www.ccahealthri.org.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) (continuación) La tarjeta solo puede utilizarse para compras calificadas que el proveedor de su plan indique en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Visa. Sutton Bank emite la tarjeta, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese directamente con el patrocinador del programa para obtener una lista completa de las compras calificadas. Visa es una marca comercial registrada de Visa, U.S.A. Inc. Todas las demás marcas comerciales y marcas de servicio pertenecen a sus respectivos dueños. No hay acceso a efectivo ni al cajero automático. Se aplican términos y condiciones. Comuníquese con su proveedor del plan para obtener más detalles.		

Programa de cuidados paliativos El cuidado paliativo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad grave. Este tipo de atención se centra en el alivio de los síntomas y del estrés de una enfermedad grave. Cuando recibe cuidados paliativos, aún puede recibir tratamiento y terapias que tienen como fin mejorar, o incluso curar, sus problemas médicos. El programa puede ayudarlo a lograr lo siguiente: • Encontrar alivio para el dolor y otros síntomas. • Administrar sus medicamentos. • Comprender su enfermedad y su evolución. • Identificar qué es lo más importante para usted. • Obtener la atención adecuada en el momento adecuado. • Hacer planes y tomar decisiones. • Comunicarse con sus proveedores. • Prepararse para las etapas futuras. Para encontrar un proveedor de cuidados paliativos, hable con su proveedor de atención primaria (PCP). Si es adecuado para sus necesidades, pueden ayudarlo a encontrar un proveedor de cuidados paliativos. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por el programa de cuidados paliativos de CCA Health Rhode Island o por un proveedor de la red.	Si recibe cuidados paliativos, pero no cuidados para pacientes terminales, tendrá que cubrir los gastos de bolsillo. Estos gastos variarán en función de los servicios recibidos. Por ejemplo, podría recibir terapia de rehabilitación ambulatoria o equipo médico duradero (DME) relacionado con su tratamiento de cuidados paliativos. Usted será responsable de su parte de los costos de esos servicios, tal y como se indica en la descripción del beneficio para el servicio específico dentro de la Tabla de beneficios médicos.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su proveedor de atención médica o un terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental), proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de $50 dentro de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del proveedor Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica, médicamente necesarios realizados en un consultorio médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista si su proveedor lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud (virtual), incluidos: Ciertos servicios por necesidad de urgencia; servicios de salud a domicilio; servicios de proveedores de atención primaria; servicios de terapia ocupacional; sesiones individuales de servicios de especialidades de salud conductual; otros profesionales de atención médica; sesiones individuales de servicios psiquiátricos; servicios de terapia física y de patología del habla y el lenguaje; sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor que ofrezca el servicio por telesalud. (continuación)	**Visitas al proveedor de atención primaria:** copago de $0 dentro de la red por visita **Visita al especialista:** copago de $30 dentro de la red por visita **Visitas (virtuales) y servicios de telesalud:** copago de $0 para visitas virtuales al PCP Copago de $30 para visitas a especialistas virtuales dentro de la red por visita	**Visitas al proveedor de atención primaria:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita **Visita al especialista:** copago de $40 fuera de la red por visita **Servicios y visitas de telesalud (virtuales):** coseguro del 20 % fuera de la red por visita, según el tipo de proveedor o el servicio.

Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del proveedor (continuación) • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de un hospital o en un hospital con acceso crítico, centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de accidente cerebrovascular independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud conductual concomitante, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud conductual si: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal (continuación)	La cobertura de telesalud (virtual) incluye acceso a Teladoc para servicios de medicina general y salud mental. Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del proveedor (continuación) • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su proveedor de atención médica durante 5 a 10 minutos **si**: o No es un paciente nuevo. o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o El control no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • La evaluación de video o imágenes que envíe a su proveedor de atención médica y la interpretación y seguimiento por parte de su proveedor dentro del plazo de 24 horas **si**: o No es un paciente nuevo. o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • Consultas que su proveedor de atención médica tenga con otros proveedores por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos • Segunda opinión antes de la cirugía (continuación)		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del proveedor (continuación) • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)		
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen visitas ilimitadas para: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores. • Tratamiento preventivo de los pies, como la eliminación de callos, verrugas, durezas o uñas. ***Se requiere autorización previa***	**Cuidado de los pies de rutina:** copago de $30 dentro de la red por visita **Exámenes y tratamiento de los pies:** copago de $30 dentro de la red por visita Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Cuidado de los pies de rutina:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita **Exámenes y tratamiento de los pies:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Comidas después de la hospitalización/rehabilitación Los miembros tienen derecho a 14 comidas, 7 días como máximo, después del alta de cada estancia en hospital. Los miembros no se limitan a comidas por una cantidad determinada de estancias en hospital. ***Se requiere autorización previa***	14 comidas para 7 días por alta hospitalaria dentro de la red con un proveedor aprobado por el plan	Sin cobertura.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Examen digital del recto • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. Examen rectal digital: copago de $0 dentro de la red	Copago de $0 fuera de la red Examen rectal digital: coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (que incluyen un sostén quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura tras una cirugía de cataratas o eliminación de cataratas; consulte **Atención oftalmológica** más adelante en esta sección para obtener más detalles. ***Se requiere autorización previa***	**Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales):** coseguro del 20 % dentro de la red **Prótesis:** coseguro del 20 % dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales):** coseguro del 20 % dentro de la red **Prótesis:** coseguro del 20 % dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy grave y que poseen una orden de rehabilitación pulmonar del proveedor de atención médica que trata la enfermedad respiratoria crónica. ***Se requiere autorización previa***	**Rehabilitación cardíaca:** copago de $0 dentro de la red por visita **Rehabilitación cardíaca intensiva:** copago de $0 dentro de la red por visita **Rehabilitación pulmonar:** copago de $0 dentro de la red	**Rehabilitación cardíaca:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita **Rehabilitación cardíaca intensiva:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita **Rehabilitación pulmonar:** coseguro del 20 % fuera de la red por visita Usted paga estos montos hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos inscritos en Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusen del alcohol, pero no sean dependientes. Si la prueba de detección de abuso de alcohol arroja un resultado positivo, puede obtener hasta 4 sesiones individuales de asesoramiento por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la sesión) proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red por visita

Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **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, un paquete diario durante 20 años y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una tomografía computarizada de baja dosis (lLDCT) durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas, a cargo de un médico o profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT tras la prueba de detección inicial con LDCT:* el miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que podrá emitirse durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide brindar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.	Copago de $0 fuera de la red

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con un riesgo aumentado de ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de cuidado primario y se prestan en un entorno de cuidado primario, como un consultorio médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para el beneficio cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.	Copago de $0 fuera de la red

Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para enseñar sobre cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para miembros que tengan una enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su proveedor de atención médica, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3) o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo domiciliario (como por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudarlo en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)	**Diálisis:** coseguro del 20 % dentro de la red **Educación sobre enfermedades renales:** copago de $0 dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	**Diálisis renal**: coseguro del 20 % fuera de la red **Educación sobre enfermedades renales**: coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**.		

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). No es necesario que haya una estancia en hospital previa**.** Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario desde el punto de vista médico) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias que están naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesita. Medicare cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados habitualmente por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados habitualmente por los SNF (continuación)	Copago de $0 por día, los días 1 a 20, dentro de la red Copago de $180 por día, para los días 21 a 45 dentro de la red Copago de $0 por día, los días 46 a 100 dentro de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	Coseguro del 20 % fuera de la red por estancia Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de equipos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los SNF. • Servicios proporcionados por médicos/profesionales de la salud. Generalmente, recibirá atención de SNF en un centro de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que usted pueda pagar un costo compartido dentro de la red para un centro que está fuera de la red del proveedor, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. ***Se requiere autorización previa***		

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. Si consumes tabaco y se te ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o estás tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.	Copago de $0 fuera de la red

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los beneficios de CCA Medicare Value incluyen los siguientes servicios adicionales para los miembros diagnosticados con una afección crónica calificada: • **Asignación para alimentos y productos agrícolas:** Los miembros que califiquen tendrán acceso a esta asignación a través de su Healthy Savings con una asignación trimestral para OTC compartida de $160 en tiendas minoristas OTC de la red. Consulte la sección “Healthy Savings Card para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare” para obtener detalles completos sobre el uso de la tarjeta. • **Asignación para calzado deportivo:** Para miembros que califican, el plan proporciona una asignación de $100 por año en la tarjeta Healthy Savings Card para usar en la compra de calzado deportivo en tiendas de calzado registradas que aceptan Visa como forma de pago. • **Protección contra robo de identidad.** La protección contra robo de identidad vigila su información personal en caso de que otra persona use su número de seguro social u otra información personal. Lo ayudan a recuperar su identidad y le reembolsan los costos que pueda tener debido al robo de identidad. Los miembros con una afección crónica que califique podrán inscribirse para la protección contra robo de identidad a través de nuestro proveedor, Equifax. (continuación)	Los miembros con una afección crónica que califique pagan: $0 hasta la asignación trimestral de OTC en la tarjeta Healthy Savings Card de $160 para comprar alimentos y productos agrícolas aprobados por CCA en tiendas minoristas OTC de la red. $0 hasta la asignación anual de $100 para comprar calzado deportivo en la tarjeta Healthy Savings Card. Savings Card para la compra de calzado deportivo en tiendas de calzado registradas que aceptan Visa. Los miembros con una afección crónica pagan $0 por protección contra robo de identidad de Equifax.	Los miembros con una enfermedad crónica calificada pagan: $0 para artículos de venta libre y/o alimentos y productos agrícolas cubiertos por CCA hasta $160 por trimestre calendario. $0 hasta $100 por año por calzado deportivo en tiendas minoristas fuera de la red. Para obtener este reembolso por compras fuera de la red, debe presentar un formulario de reembolso junto con un recibo detallado y un comprobante de pago. Consulte el Capítulo 7 para

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación) Los miembros deben usar Equifax para tener cobertura en este beneficio. Una vez que se inscriba, estará inscrito hasta el final del año del plan actual. Si decide cancelar su inscripción, no podrá volver a inscribirse hasta el próximo año. Puede comunicarse con ID Watchdog (Equifax) llamando al 866-513-1518. Enfermedades crónicas cubiertas: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en estadio terminal, enfermedad renal en estadio terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades de la salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular. El diagnóstico de enfermedad crónica debe estar en el expediente y registrado en CCA antes de recibir los Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La enfermedad es diagnosticada por un profesional médico con licencia, incluido su proveedor de atención primaria, enfermero practicante y proveedores similares. No todos los miembros calificarán.		obtener detalles completos o llame a Servicios para miembros para solicitar un formulario de reembolso, o visite www.ccahealthri.org. **Robo de identidad**: Sin cobertura. Debe usar Equifax

Terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) La terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) es para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una orden para recibir atención para la PAD del médico responsable del tratamiento para esta enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa para la SET. El programa de la SET debe cumplir los siguientes requisitos: • Consistir en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Ser realizado en un centro de servicios ambulatorios de un hospital o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Ser proporcionado bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de asistencia vital básicas y avanzadas. Es posible que la SET tenga cobertura de más de 36 sesiones en 12 semanas para alcanzar 36 sesiones adicionales durante un período prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. ***Se requiere autorización previa***	Copago de $0 dentro de la red por visita	Coseguro del 20 % fuera de la red por visita Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Transporte (médico) El plan cubre veinticuatro (24) viajes de ida en taxi, automóviles de transporte compartido o camioneta por motivos médicos que no sean emergencias a destinos aprobados en el área de servicio del plan dentro de 50 millas de la ubicación de recogida. Los viajes deben reservarse con 72 horas de anticipación, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, y sábados y domingos de 8:00 a. m. a 12:00 p. m., hora del este. El plan utiliza Soluciones de transporte coordinado (Coordinated Transportation Solutions, CTS) para todos los traslados de transporte que no sean de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 866-444-7350 (TTY 711).	Usted paga $0 por hasta 24 viajes médicos de ida	Usted paga un coseguro del 50 % (hasta $32), por viaje de ida, hasta 24 viajes de ida por motivos médicos

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Servicios por necesidad de urgencia Se proporcionan servicios por necesidad de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, cuando, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios por necesidad de urgencia que debe cubrir el plan fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas. La participación en los costos para los servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es la misma que para dichos servicios prestados dentro de la red. El plan también cubre los servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan. Los servicios proporcionados por un dentista no están cubiertos. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, consulte el Capítulo 3. Hay un límite de $100 000 para proveedores de servicios de emergencia o por necesidad de urgencia fuera de los Estados Unidos.	Copago de $30 para servicios de atención de urgencia dentro y fuera de la red por visita Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.	

Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen: **Cubiertos por Medicare** • Servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios (refracciones oculares) de la vista para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son aquellas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y estadounidenses hispanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, lo que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). (continuación)	**Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares**: coseguro del 0 % dentro de la red **Anteojos después de una cirugía de cataratas:** copago de $0 fuera de la red **Visión de rutina** **Examen oftalmológico de rutina:** copago de $0 dentro de la red. Una visita por año **Anteojos (marcos y lentes)**, **lentes de contacto y reemplazos cubiertos de hasta $400 por año de beneficios.** **Examen de glaucoma:** copago de $0	**Examen oftalmológico de Medicare**: copago de $30 **Anteojos después de una cirugía de cataratas:** copago de $0 **Visión de rutina** **Examen oftalmológico de rutina:** 50 % de coseguro hasta $150 y una visita por año. **Lentes para anteojos recetados**: 50 % de coseguro hasta $150. Una visita por año. **Marcos o lentes de contacto**: Cubierto hasta el beneficio máximo anual de $400 por año para marcos o lentes de contacto. El beneficio anual de $400 se puede aplicar a marcos de anteojos **o** lentes de contacto, pero **no a ambos**.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Atención oftalmológica (continuación) **Visión de rutina** **Exámenes oculares** • Cubrimos 1 (un) examen oftalmológico de rutina por año • Cubrimos un (1) par de anteojos recetados, incluidos marcos, lentes, lentes de contacto necesarios para la visión o reemplazos de hasta $400 por año. Los anteojos y otros dispositivos auxiliares para la visión, incluidos los lentes de contacto, pueden entregarse solo con una receta escrita y fechada. La receta debe basarse en los resultados de un examen oftalmológico realizado por la persona que extienda la receta. VSP es el administrador de los beneficios de los servicios de atención oftalmológica de rutina del plan, que incluyen exámenes y anteojos. Para comunicarse con VSP, llame al 1-855-492-9028, de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.		**Examen de glaucoma:** 20 % de coseguro

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Visita preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* por única vez. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas vacunas y prueba de detección) y remisiones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.	Coseguro del 20 % fuera de la red Usted paga estos importes hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios dentro de la red	**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios fuera de la red**
Cobertura de cuidado de urgencia y emergencia en todo el mundo El plan también cubre los servicios de emergencia, el transporte de emergencia, y el cuidado de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares ($100,000) como cobertura máxima del plan para todos los servicios combinados. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan. **Sin cobertura:** • Transporte de vuelta a los Estados Unidos desde otro país. • Cualquier tratamiento preprogramado o planificado, o procedimientos electivos. o Esto incluye diálisis u otro tratamiento para las enfermedades en curso o conocidas. • Servicios dentales.	Copago de $0 para servicios de emergencia en todo el mundo. Copago de $0 para servicios de urgencia en todo el mundo. Copago de $0 para servicios de transporte de emergencia en todo el mundo. Límite de $100,000 para la cobertura de cuidado de emergencia/urgencia fuera de los EE. UU. cada año.	

Tabla de beneficios dentales cubiertos:

- En general, los servicios dentales preventivos y servicios dentales de rutina no están cubiertos por Original Medicare.
- Los servicios que no se indican a continuación NO están cubiertos.
- **Máximo anual: $3,000**
- **Fuera de la red:** En el caso de los servicios obtenidos fuera de la red, el plan paga hasta el monto dentro de la red de CCA hasta el máximo anual mencionado anteriormente. Si decide acudir a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture una cantidad mayor a la que paga el plan. El cargo por el monto facturado por su proveedor puede exceder el cargo dentro de la red de CCA.
- Una vez agotado el máximo anual, los gastos restantes son su responsabilidad.

- Se requiere autorización previa para servicios de restauración importantes (endodoncias, implantes, sedación y cirugías de encías).

Los proveedores reciben un pago basado en las tarifas contratadas para cada código cubierto. Los honorarios asociados a los servicios no cubiertos no están cubiertos por la CCA y son responsabilidad suya. Los códigos que figuran en la siguiente tabla están sujetos a cambios.

Las siguientes definiciones serán útiles a medida que revise la Tabla de beneficios dentales.

Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association, ADA): Los códigos dentales CCA cubiertos se enumeran a continuación por código ADA. Estos códigos son utilizados por los dentistas para presentar reclamaciones y autorizaciones dentales. se pueden agregar códigos adicionales y algunos códigos se pueden retirar.

Descripción del procedimiento dental: Descripción fácil de interpretar de cada código dental.

Frecuencia: Describe con qué frecuencia CCA pagará el procedimiento dental.

Criterios y exclusiones: Las condiciones en virtud de la CCA pagarían por este procedimiento y las situaciones en las que la CCA no pagaría por el procedimiento.

Copago y coseguro: Si decide acudir a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture por encima de lo que paga el plan o de lo que se indica, incluso por los servicios que figuran con copago de $0.

Exámenes dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D0120	Examen periódico de rutina realizado durante el chequeo	Dos (2) por año del plan	Abarca los exámenes orales periódicos, limitados, amplios y detallados. No cubre los exámenes periodontales aparte de los exámenes periódicos, limitados o completos. Solo se cubre un (1) código de examen por cita.	Copago de $0
D0140	Examen limitado para evaluar un problema	Uno (1) por año de plan		Copago de $0
D0150	Examen exhaustivo (para un paciente nuevo, o un paciente establecido después de 3 o más años de inactividad del tratamiento dental)	Uno (1) cada tres (3) años de plan.		USD 0 de copago por
D0160	Examen detallado y extenso centrado en los problemas	Uno (1) por año del plan		Copago de $0

Radiografías dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago o coseguro**
D0210	Conjunto de radiografías completas para la evaluación de los dientes y la boca	Uno (1) cada tres (3) años del plan	Cubre series completas de radiografías intraorales. No cubre los TAC, los cefalogramas ni las resonancias magnéticas.	USD 0 de copago por
D0220 Y D0230	Radiografías para una evaluación más detallada alrededor de las raíces de los dientes	Ilimitado por año del plan	Cubre radiografías periapicales. No cubre las TC, los cefalogramas ni las RM. No se cubre el mismo día que la serie completa de radiografías intrabucales (D0210).	USD 0 de copago por
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografía interproximal para evaluar los dientes y el hueso.	Uno (1) por año del plan.	No se cubre en el mismo año que un conjunto de radiografías de toda la boca (D0210).	Copago de $0
D0330	Radiografía panorámica para la evaluación de los dientes y la boca	Uno (1) cada tres (3) años de plan.	Cubre las radiografías panorámicas. No cubre los TAC, los cefalogramas ni las resonancias magnéticas.	Copago de $0

Limpiezas dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago o coseguro**
D1110	Limpieza dental estándar para adultos	Dos (2) por año de plan, una limpieza adicional de dos (2) para miembros con enfermedades crónicas documentadas. No más de cuatro (4) por año de plan en conjunto con el D4910.	Cubre la profilaxis en adultos. No se cubre el mismo día que D4910 o D4355.	USD 0 de copago por
D4910	Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene un historial documentado de enfermedad de las encías	Cuatro (4) por año de plan	Cubre el mantenimiento periodontal. Solo se cubre con antecedentes de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) o cirugía periodontal.	Copago de $0

Otros servicios dentales preventivos				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago o coseguro**
D1206, D1208	Tratamiento con flúor	Dos (2) por año del plan	Cubre la aplicación tópica de flúor (ya sea barniz o excluyendo el barniz).	Copago de $0
D1310	Asesoramiento nutricional	Uno (1) por año de plan	Cubre el asesoramiento sobre hábitos dietéticos como parte del tratamiento y control de la enfermedad de las encías o caries.	USD 0 de copago por
D1354	Aplicación de medicamentos en un diente para detener o inhibir la formación de caries	Ilimitado por año del plan	Cubre la aplicación de un medicamento provisional anticaries por diente en un diente cariado no sintomático.	Copago de $0

Empastes dentales y empastes médicos				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago o coseguro**
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2392, D2394, D2940	Empastes de metal o del color de los dientes colocados directamente en la boca en los dientes frontales, medios o posteriores.	Ilimitado por año del plan	Cubre los empastes de amalgama y de compuestos de resina. No cubre los empastes de lámina de oro, los sellantes ni las restauraciones preventivas de resina.	USD 0 de copago por
D3110, D3120	Medicamento colocado bajo los empastes para favorecer la curación de la pulpa	Ilimitado por año del plan	Cubre el recubrimiento de la pulpa para una pulpa expuesta o casi expuesta. No cubre las bases y los revestimientos cuando se han eliminado todas las caries.	Copago de $0

Coronas, incrustaciones y recubrimientos dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago o coseguro**
D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794	Funda (corona) o corona parcial llamada inlay u onlay hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida con metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca en la boca.	Uno (1) por diente cada cinco (5) años del plan	Se cubre cuando hay una caries extensa o una destrucción del diente que no se puede arreglar solo con un empaste. No cubre las coronas por motivos estéticos o para diastemas. Las carillas no están cubiertas. No se cubren las coronas de implantes. No cubre las coronas de 3/4.	$0 de copago

Otros servicios dentales de restauración				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago o coseguro**
D2920	Recolocación de una corona que se ha salido	Ilimitado por año del plan	Solo se cubre un diente con una corona existente. No se cubre para cementar una corona nueva el día de la entrega.	Copago de $0
D2949	Pequeño empaste necesario antes de colocar una corona en un diente	Uno (1) por diente cada cinco (5) años del plan.	Tiene que realizarse junto con una corona.	Copago de $0
D2950	Empastes o clavos colocados al preparar un diente para una corona	Uno (1) por diente cada cinco (5) años del plan		Copago de $0
D2952, D2953, D2954, D2957	Reconstrucción de un relleno alrededor de un poste para preparar el diente para una corona	Un (1) D2952 y D2953, o Un (1) D2954 y D2957 por diente cada cinco (5) años del plan	Debe realizarse junto con una corona. El diente también debe haberse sometido a un tratamiento de conducto. Cubre tanto los pernos y muñones coronales fabricados indirectamente y prefabricados.	Copago de $0

Conductos radiculares dentales (servicios de endodoncia)				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	Tratamiento de conducto radicular para un diente frontal, medio o posterior (sin incluir empaste o corona necesaria después del tratamiento de conducto radicular)	Un (1) tratamiento radicular inicial (D3310, D3320, o D3330) y Un (1) retratamiento (D3346, D3347,o D3348) por diente por miembro de por vida.	Este es un tratamiento de conducto realizado en un diente por primera vez o como nuevo tratamiento en un diente al que se le realizó un tratamiento de conducto previamente. No incluye los tratamientos de conducto realizados desde la punta de la raíz mediante el acceso a través de las encías, el tratamiento de conducto incompleto o la reparación interna de defectos de perforación en la raíz.	Copago de $0

Alisado radicular y raspado del sarro dental				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D4341	Limpieza profunda para 4 o más dientes en un cuadrante de la boca	Uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses que no exceda cuatro (4) cuadrantes únicos cada veinticuatro (24) meses.	Se cubre cuando la pérdida de hueso se muestra en las radiografías, además de acumulación de sarro registrada y formación de pus en las encías suficientes para justificar una limpieza profunda.	Copago de $0
D4342	Limpieza profunda para 1 a 3 dientes en un cuadrante de la boca	Uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses que no exceda cuatro (4) cuadrantes únicos cada veinticuatro (24) meses.		Copago de $0
D4355	Limpiar las acumulaciones de los dientes para permitir una correcta visibilidad de los mismos para su examen	Uno (1) cada tres (3) años del plan	Se utiliza para eliminar la acumulación extensa antes de un examen. No se puede realizar el mismo día que una limpieza dental (D1110 o D4910).	Copago de $0

Alisado radicular y raspado del sarro dental (continuación)				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D4381	Medicamento que se aplica en el espacio de la encía alrededor de un diente (por diente) para el tratamiento de la enfermedad de las encías	Ilimitado por año del plan	Permitido con D4341 o D4342 el mismo día	Copago de $0

Dentaduras postizas completas				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D5110	Dentadura superior completa	Una (1) cada cinco (5) años de plan.	Dentadura postiza cubierta cuando no quedan dientes erupcionados en la boca.	Copago de $0
D5120	Dentadura inferior completa	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0
D5130	Dentadura superior completa entregada en el momento de la extracción de los dientes superiores restantes	Uno (1) de por vida del miembro		Copago de $0
D5140	Dentadura inferior completa entregada en el momento de la extracción de los dientes inferiores restantes	Uno (1) de por vida del miembro		Copago de $0

Parciales (dentaduras postizas parciales extraíbles)				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D5211	Dentadura parcial superior: base de resina	Una (1) cada cinco (5) años de plan.	Dentadura parcial cubierta cuando los dientes restantes/de soporte están libres de caries y tienen buen hueso (1) para soportar la dentadura parcial. Incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes.	Copago de $0
D5212	Dentadura parcial inferior: base de resina	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0
D5213	Dentaduras parciales superiores: armazón de metal fundido con bases de dentadura de resina	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0
D5214	Dentaduras parciales inferiores: armazón de metal fundido con base de dentadura de resina	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0
D5221	Dentadura parcial superior entregada en el momento de las extracciones base de resina.	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0
D5222	Dentadura parcial inferior entregada en el momento de las extracciones base de resina.	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0

Parciales (dentaduras postizas parciales extraíbles) (cont.)				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D5225	Dentadura parcial superior: base flexible	Uno (1) cada cinco (5) años del plan	Dentadura parcial cubierta cuando los dientes restantes/de soporte están libres de caries y tienen buen hueso (1) para soportar la dentadura parcial. Incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes.	Copago de $0
D5226	Dentadura parcial inferior: base flexible	Uno (1) cada cinco (5) años del plan		Copago de $0

Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas completas				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D5410, D5411, D5850, D5851	Ajustes de la dentadura o acondicionamiento del tejido para la dentadura completa superior o inferior	Dos (2) de cada tipo de prótesis dental por año del plan	Cubre los ajustes, los rebases, las reparaciones, el acondicionamiento de los tejidos y la sustitución de los dientes perdidos o rotos para las dentaduras completas. No se puede facturar en el plazo de los 6 meses siguientes a la entrega de la nueva dentadura.	Copago de $0
D5511, D5512, D5520, D5730, D5731, D5750, D5751	Reparaciones y recambios de dentadura completas superiores o inferiores rotas	Una (1) de cada tipo de dentadura postiza por año del plan		Copago de $0

Ajustes y reparaciones para dentaduras postizas parciales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D5421, D5422	Ajuste de la dentadura parcial superior o inferior	Dos (2) por dentadura postiza por año del plan	Cubierto para dentaduras parciales: ajustes, recubrimientos, reparaciones del marco de la dentadura postiza, reparación o reemplazo de dientes de dentadura postiza parcial faltantes o rotos, y adición de ganchos o dientes de dentadura postiza a una dentadura postiza parcial existente. No se puede facturar en el plazo de los 6 meses siguientes a la entrega de la nueva dentadura parcial.	Copago de $0

Ajustes y reparaciones para dentaduras postizas parciales (continuación)				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5740, D5741, D5760, D5761	Reparación o rebasado de la dentadura parcial superior o inferior	Uno (1) de cada tipo por dentadura postiza parcial por año del plan	Cubierto para dentaduras parciales: ajustes, recubrimientos, reparaciones del marco de la dentadura postiza, reparación o reemplazo de dientes de dentadura postiza parcial faltantes o rotos, y adición de ganchos o dientes de dentadura postiza a una dentadura postiza parcial existente. No se puede facturar en el plazo de los 6 meses siguientes a la entrega de la nueva dentadura parcial.	$0 de copago

Implantes				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D6010, D6010 D6011, D6056 D6057, D6058 D6059, D6060 D6061, D6062 D6063, D6068 D6069, D6073, D6071, D6072 D6065, D6066 D6067, D6075 D6076, D6077 D6091 D6111 D6112, D6191 D6192	Colocación del cuerpo del implante y soporte del pilar	Máximo de cuatro (4) implantes por año del plan, por diente de por vida.	Solo se puede usar para reemplazar un diente faltante. El área debe ser lo suficientemente saludable como para soportar un implante y la enfermedad de las encías activa.	Copago de $0

Puentes dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte del puente que es el diente falso que sustituye al diente que falta (el póntico)	Una (1) por diente cada cinco (5) años de plan.	Solo puede utilizarse para sustituir un diente faltante. Cubre puentes hechos de porcelana/cerámica; porcelana fundida a metal noble alto, base predominante o metal noble; molde completo a metal noble alto, base predominante o metal noble; y titanio.	Copago de $0
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794,	Coronas que se colocan en los dientes que soportan el puente (coronas de retención)	Una (1) por diente cada cinco (5) años de plan.	Solo cubre las coronas que forman parte de un puente.	Copago de $0
D6930	Recolocación de un puente que se ha salido	Ilimitado por año del plan	No cubre la colocación de un puente en el mismo día de la entrega del puente inicial.	Copago de $0

Extracciones dentales y procedimientos de cirugía bucal				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D7111, D7140, D7210 Y D7250	Extracciones	Una (1) por diente de por vida del miembro	Cubre la extracción de dientes permanentes erupcionados, raíces dentales expuestas y restos de dientes primarios. Cubre la extracción quirúrgica de dientes erupcionados o raíces dentales expuestas. No cubre la extracción de dientes impactados (sin erupción).	Copago de $0
D7310, D7311, D7320, D7321	Remodelación del hueso (1) que rodea los dientes o los diastemas	Uno (1) por cuadrante por año de plan, máximo de cuatro (4) en cuadrantes diferentes/únicos por año de plan	Cubre la alveoloplastia, ya sea en combinación o no con extracciones.	Copago de $0

Extracciones dentales y procedimientos de cirugía bucal (continuación)				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D7510, D7511	Drenaje quirúrgico de un absceso	Ilimitado por año del plan	Cubre la incisión y el drenaje de un absceso a través del tejido blando de la boca (intraoral). No cubre la incisión ni el drenaje a través de la piel fuera de la boca (extraoral).	Copago de $0

Tratamiento de emergencia del dolor y otras afecciones dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D9110	Procedimiento menor para el tratamiento de urgencia del dolor dental	Ilimitado por año del plan	Cubierto solo para una visita urgente o de emergencia.	Copago de $0
D9910	Aplicación de un agente desensibilizante en un diente o dientes	Ilimitado por año del plan	Se cubre una vez por visita. No cubre bases, revestimientos ni adhesivos utilizados bajo restauraciones.	Copago de $0

Óxido nitroso y sedación para procedimientos dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D9219	Evaluación para sedación o anestesia general	Ilimitado por año del plan	Cubre la administración, evaluación y monitorización de la sedación/analgesia moderada (consciente) por vía intravenosa, la sedación profunda/anestesia general y el óxido nitroso/analgesia – ansiolisis. Los medicamentos utilizados para estos procedimientos se consideran incluidos en el código de procedimiento y no se pueden facturar por separado.	Copago de $0
D9222, D9223	Sedación profunda/Anestesia general	Ilimitado por año del plan		Copago de $0
D9230	Óxido de nitrógeno	Ilimitado por año del plan		Copago de $0
D9239, D9243	Sedación IV	Ilimitado por año del plan		$0 de copago

Férulas dentales				
Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA)	**Descripción del procedimiento dental**	**Frecuencia**	**Criterios y exclusiones**	**Copago y coseguro**
D7880	Férula utilizada para tratar la ATM	Uno (1) cada tres (3) años de plan.	Cubre dispositivos ortopédicos oclusales proporcionados para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular.	Copago de $0
D9943	Ajuste de la protección oclusal	Dos (2) por año de plan	Sin cobertura dentro de los 6 meses de la entrega del protector oclusal.	Copago de $0
D9944	Protector oclusal duro de arco completo, superior o inferior	Uno (1) cada tres (3) años de plan.	Solo se cubre en relación con el apretamiento o rechinamiento documentados de los dientes. No cubre ningún tipo de apnea del sueño, ronquidos o aparatos	Copago de $0

Exclusiones dentales:

1. Cualquier servicio que no se haya mencionado anteriormente se considera no cubierto.
2. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
3. Servicios o procedimientos dentales que no son necesarios o que se realizan únicamente por razones cosméticas o estéticas
4. Gastos de hospitalización o de otras instalaciones.
5. Procedimientos dentales realizados no asociados directamente a una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento que no se realice en un entorno dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluida la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad dental, una lesión o una anomalía congénita.
8. Procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el American Dental Association Council sobre la terapéutica dental. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, en investigación o no probado sea el único tratamiento disponible para una afección concreta no dará lugar a la cobertura si el procedimiento se considera experimental, en investigación o no probado en el tratamiento de esa afección concreta.
9. Servicio para lesiones o afecciones cubiertas por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador, y servicios que se prestan sin costo para las personas cubiertas por cualquier municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.
10. Gastos por procedimientos dentales anteriores a la fecha de inicio de la elegibilidad de la persona cubierta con el plan.
11. Los servicios odontológicos prestados (incluidos los servicios odontológicos cubiertos de otro modo) después de la fecha de finalización de la póliza, incluidos los servicios odontológicos por afecciones dentales surgidas antes de la fecha de finalización de la cobertura individual de la póliza.
12. Los servicios prestados por un proveedor que tenga la misma residencia legal que la persona cubierta o que sea miembro de la familia de la persona cubierta, incluidos el cónyuge, el hermano, la hermana, el padre o el hijo.
13. Cargos por no acudir a una cita programada sin avisar a la clínica dental con la antelación requerida.

Exención de responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association publica anualmente los cambios en los códigos CDT. Los códigos de procedimiento pueden ser modificados durante el año del plan de acuerdo con la interrupción de ciertos códigos dentales.

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

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera servicios y artículos que no tienen cobertura del plan en ningún caso o que tienen cobertura solo en casos específicos.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se detallan a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

La única excepción ocurre frente a una apelación y decisión con respecto al servicio, es decir, a partir de una apelación para que sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto a causa de su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.		• Con cobertura en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
Atención de custodia El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudarlo con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse y vestirse.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		• Pueden tener la cobertura de Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en condiciones específicas
Cargos que se cobran por la atención provista por sus familiares directos o miembros de su familia.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicio de comidas a domicilio.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Los servicios domésticos incluyen asistencia doméstica básica, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna situación**	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en la habitación de un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Habitación privada en un hospital.		• Tiene cobertura solo cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	**No cubiertos en ninguna situación**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina.		• La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión reducida.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	**No cubiertos en ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos que reciben cuidados paliativos.

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

El plan normalmente cubre sus medicamentos siempre que siga estas normas básicas.

- Debe solicitarle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emite la receta) que le emita una receta que debe ser válida en virtud de las leyes estatales correspondientes.
- El profesional que emite sus recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan).
- Su medicamento debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben aparecer en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos manuales de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para suministrar sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados 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 su *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.ccahealthri.org) o llame a Servicios al Miembro.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha utilizado abandona la red?

Si la farmacia que ha utilizado abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro o usar el *Directorio de proveedores y* farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web en ccahealthri.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC). En general, un LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contacte a Servicios al Miembro.

Farmacias que sirven al programa de salud indígena/tribal/urbano del Servicio de Salud Indígena (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos de los Estados Unidos o Alaska pueden usar estas farmacias en nuestra red.

Farmacias que expenden medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es muy infrecuente).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para miembros.

Sección 2.3 Cómo usar los programas de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos enviados por correo son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo postal del plan están marcados como *suministro diario no extendido* en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo postal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web www.ccahealthri.org.

En general, recibirá un pedido por correo de la farmacia en no más de 14 días. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si su receta de pedido por correo se retrasa.

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

- Usted utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.

- Se inscribe 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 nuevas recetas en cualquier momento solicitando el resurtido automático en la farmacia de pedidos por correo, Costco Pharmacy. Para recibir asistencia adicional, llame a Servicios al Miembro.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no se le contactó para ver si la deseaba antes de que se la enviaran, puede ser elegible para un reembolso.

Si ha utilizado el servicio de pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con la farmacia de Costco llamando al teléfono 800-607-6861, de 8:00 a.m. a 10:00 p.m. de lunes a viernes, y de 12:30 p.m. a 5:00 p.m. los sábados. Para recibir asistencia adicional, llame a Servicios al Miembro.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de pedidos por correo o decide suspender los surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta el medicamento y se lo envíen de inmediato. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para decirles si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas enviadas por correo. Para resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático, en virtud del cual comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que debe estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia entre 14 y 21 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que se le envíe el pedido a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con la farmacia Costco llamando al 800-607-6861, de 8:00 a.m. a 10:00 p.m., de lunes a viernes, y de 12:30 a.m. a 5:00 p.m., los sábados. Para recibir asistencia adicional, llame a Servicios al Miembro.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo y no lo quiere, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su reparto de gastos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) que aparecen en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Su receta puede tener cobertura en ciertas situaciones

En general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solo** cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios al Miembro** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es muy probable que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red.

Antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame de manera gratuita a Servicios para miembros al número impreso en la portada posterior de este manual para averiguar si existe una farmacia de la red en el área que esté. Si no hay farmacias de la red en esa área, el Servicio para miembros puede hacer las gestiones necesarias para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red. Es posible que tenga que pagar el costo total cuando surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo enviándonos un reclamo. Para saber cómo presentar un reclamo, consulte el proceso de reclamos descrito en el Capítulo 6. No podemos pagar ninguna receta que sea surtida por farmacias fuera de Estados Unidos y sus territorios, incluso por una emergencia médica.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red (dentro de una distancia razonable en automóvil) que brinde servicio las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento con receta médica cubierto que no suele estar en el inventario de una farmacia minorista de la red o de nuestra farmacia de envío por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado.

En estos casos, **verifique primero con Servicios al Miembro** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo pide un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo pedir un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” informa qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

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

Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

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

Generalmente, cubriremos un medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan siempre que siga las 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 con *una* de estas condiciones:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se receta.
- –*O*– estar fundamentado con ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Vademécum del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que tiene los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y, normalmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué sucede si *no* figura 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 saber más sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 niveles de costos compartidos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos repartidos, más alto será el costo del medicamento:

- El nivel 1 es el más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 son los medicamentos genéricos
- El nivel 3 es medicamentos de marca preferidos
- El nivel 4 son los medicamentos de marca no preferidos
- El nivel 5, el más alto, es el nivel de medicamentos de especialidad.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tiene cuatro (4) maneras de saberlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que hemos proporcionado electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.ccahealthri.org). La "Lista de medicamentos" que figura en el sitio web siempre es la más actual.
3. Llame al Servicio para miembros para saber si un medicamento está en la "Lista de medicamentos" del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (https://memberportal.navitus.com/micro-sites/realtime-benefits o llame a Servicios para miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos", para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las formas más efectivas. Para averiguar si alguna de estas restricciones anteriores aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, verifique la "Lista de medicamentos".

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona a nivel médico como uno de mayor costo, las normas del plan están creadas para recomendarles a usted y a su proveedor que usen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto es así porque el mismo medicamento puede diferir en función de factores como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos para diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le informan más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios al Miembro para saber qué deberían hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y pedirnos una excepción. Podemos aceptar o rechazar anular la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9)

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

Por lo general, un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable *O* ha escrito “Sin sustituciones” en nuestra receta para su medicamento de marca, producto biosimilar original, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtención de la aprobación por adelantado

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

Prueba de un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos e igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede pedirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona con usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia de pasos.**

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, 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 del modo en que quisiera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que quisiera

Existen situaciones en las que hay un medicamento con receta médica que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, que no está en nuestro vademécum o que está en el vademécum con restricciones. Por ejemplo:

- Tal vez el medicamento no tiene cobertura. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales sobre la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su reparto de costos sea más caro de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no aparece en la “Lista de medicamentos” o si tiene alguna restricción?

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

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o elimine la restricción.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **debe haberse retirado de la “Lista de medicamentos” del plan,** O BIEN**, debe tener actualmente alguna restricción nueva**.

- **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 por un máximo de 31 días de medicamento. Si su receta se emitió por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para brindar un suministro máximo de hasta 31 días de medicamento. Debes surtir la receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención de largo plazo puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el uso innecesario).
- **Para aquellos miembros que están en el plan desde hace más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para los miembros actuales con cambios en el nivel de atención**, proporcionaremos un suministro de emergencia de al menos 31 días (a menos que la receta indique menos días) para todos los medicamentos que no están en el vademécum, incluidos aquellos que puedan tener requisitos de tratamiento escalonado o autorización previa. Una transición de nivel de atención que no fue prevista podría ser cualquiera de las siguientes:
  - un alta o ingreso a un centro de atención a largo plazo,
  - un alta o ingreso a un hospital, o
  - un cambio de nivel especializado en un centro de enfermería

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

Durante el tiempo que utilice un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarse a otro medicamento.

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que quisiera que esté cubierto. Si el proveedor dice que existen razones médicas que justifican el hecho de solicitarnos una excepción, puede ayudarlo a pedir una. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la "Lista de medicamentos" del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin las restricciones.

Si es miembro actual y un medicamento que toma se eliminará del vademécum o se restringirá de algún modo para el año siguiente, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica qué deben hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su pedido se maneje de manera imparcial y rápida.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel costos compartidos que considera demasiado elevado?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado elevado, primero hable con su proveedor. Quizá haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de gastos compartidos del medicamento para que usted pague menos por él. Si el proveedor dice que existen razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a esta regla.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 indica qué deben hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su pedido se maneje de manera imparcial y rápida.

Los medicamentos de nuestro nivel de especialidad (nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el importe de los gastos compartidos para los medicamentos de este nivel.

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

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al inicio de cada año (1.° de enero). Sin embargo, el plan puede realizar algunos cambios a la “Lista de medicamentos” durante el año. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Mover un medicamento a un nivel de participación en los costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que toma?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos información sobre estos en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea de forma regular. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la "Lista de medicamentos" (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra "Lista de medicamentos" si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de medicamentos", pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
    - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, aún si está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluye información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
    - Usted o la persona encargada de extender la receta pueden solicitar al plan una excepción y que siga cubriendo el medicamento de marca para su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**

- A veces, un medicamento puede considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirar de inmediato el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si toma ese medicamento, le informaremos al respecto de inmediato.
- El profesional que emite la receta también sabrá sobre este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios en medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que comience el año, que afecten los medicamentos que toma. 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 ambas opciones. También podríamos hacer cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos avisarle con al menos 30 días de anticipación, o bien, avisarle acerca del cambio y darle un resurtido de 31 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que toma.
  - Usted o el profesional que emita recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos 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 hacer ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Ponemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si alguno de estos cambios es por un medicamento que toma (excepto por retirada del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a uno de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no vea aumentos en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

- Nuestro plan en general no puede cubrir el uso no aprobado. El uso **no aprobado** es cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.

  Se permite la cobertura del uso no aprobado solo cuando el uso se fundamenta en ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Vademécum del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta médica (también llamados de venta libre).
- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos usados para aliviar síntomas de tos o resfrío.
- Medicamentos con fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar.
- Productos de vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busque exigir que los servicios de monitoreo o pruebas asociadas se le adquieran exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Además, si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de Rhode Island puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa de Medicaid de Rhode Island para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione su información de membresía del plan, la cual se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo del medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja la receta.

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

Si no tiene su información de membresía del plan con usted cuando surte la receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Luego puede **pedirnos un reembolso** de nuestro costo. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan).

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

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

Si lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que los medicamentos cumplan todas las normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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

En general, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), como un hogar de convalecencia, tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que este utiliza, si y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios al Miembro. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir continuamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o que está restringido de alguna manera?

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su plan grupal de su empleador (o el de su cónyuge) o de jubilados, contacte al **administrador de beneficios de ese plan grupal.** Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal de un empleador o de jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nuestra parte será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura de grupo pagará primero.

Nota especial sobre "cobertura acreditable":

Cada año, su plan grupal de un empleador o de jubilados debe enviarle un aviso que le diga si su cobertura de medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que pagará, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que podrá necesitarlo en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que mantuvo cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan grupal de un empleador o de jubilados o al empleador o el sindicato.

Sección 9.4 Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) certificado por Medicare

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, para las náuseas, laxante, para el dolor o ansiolítico) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos, porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emita recetas o del proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que emita recetas que le proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o le den el alta de este centro, nuestro plan cubrirá sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de asegurarnos de que reciben una atención adecuada y segura.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma periódica. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como por ejemplo:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que tal vez no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados por su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que puedan ser perjudiciales para usted si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tengan principios activos a los cuales sea alérgico.
- Errores posibles en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar en forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen en forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los cuales se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores de atención médica o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus proveedores para corroborar que esté tomando

medicamentos opioides de manera adecuada y médicamente necesaria. Al trabajar con sus proveedores, si decidimos que su uso de opioides o benzodiazepinas con receta médica no es seguro, podemos limitar la administración de esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas en ciertas farmacias
- Exigirle que reciba todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de ciertos proveedores de atención médica
- Limitar la cantidad de 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. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores de atención médica o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere que debamos saber. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que emita recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su pedido en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente, enviaremos su caso a un revisor independiente, externo a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No lo colocaremos en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o anemia falciforme, recibe atención en un centro de cuidados paliativos o atención para enfermos terminales, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 El programa Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa para ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Manejo de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y proveedores de atención médica desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos por otras afecciones médicas y tienen costos elevados de medicamentos o están en un DMP para ayudar a que los miembros usen sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y sobre problemas o preguntas que tenga acerca de sus medicamentos recetados o de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma de cada uno, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su proveedor de atención médica sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier ocasión en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y téngala con usted (por ejemplo, con su tarjeta de identificación) en caso de que acuda al hospital o a una sala de emergencias. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y téngala con usted (por ejemplo, con su tarjeta de identificación) en caso de que acuda al hospital o a una sala de emergencias.

Si tiene un programa que se adapte a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para miembros.

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si forma parte de un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D *puede* no aplicar a su caso.** Le enviamos un folleto aparte, denominado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que obtienen "Ayuda adicional" para pagar los medicamentos recetados* (también denominada Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio para miembros y pida la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo utilizamos el término *medicamento* para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D: algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**, y existen tres formas de pago que se indican a continuación.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago** significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- El **Coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus gastos de bolsillo

<u>Sus gastos de bolsillo incluyen</u> los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos **también se incluyen** si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia a los medicamentos contra el sida, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos efectuados por el Programa de “Ayuda adicional” (“Extra Help”) de Medicare.

- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare. El importe que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el importe que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted, o quienes pagan en su nombre, hayan gastado un total de $8,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que adquiera en una farmacia fuera de la red y que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por parte de Medicare.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos según nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Espacio de Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de la empresa.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.

- Pagos de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la compensación de los trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, está obligado a comunicárselo a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro.

¿Cómo puede llevar la cuenta del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos**. El informe de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance un total de $8,000, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado están completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que se paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando lo reciba

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CCA Medicare Value?

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos recetados en virtud de CCA Medicare Value. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir la receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura en casos de catástrofe

SECCIÓN 3 Le enviamos informes para explicar los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos realizados por usted cuando usted surtió o resurtió sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Específicamente, hay dos tipos de costos que controlamos:

- Llevamos un registro de lo que ha pagado. Esto se llama su **costo de desembolso directo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de los medicamentos**. Es el monto de su desembolso directo o del desembolso directo que otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan.

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

Información para ese mes. Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros en su nombre pagaron.

Totales para el año desde el 1.° de enero. Se llama información del año a la fecha. Muestra los costos de medicamentos totales y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Información sobre el precio del medicamento. Esta es información sobre el precio total del medicamento y los incrementos en los precios con respecto al primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

Recetas alternativas disponibles de menor costo. Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a que la información que tenemos sobre sus pagos de medicamentos esté actualizada

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por ellos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener correcta y actualizada su información:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a saber las recetas que usted está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos que se suministran bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o si pagó el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se contabilizarán para sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia farmacéutica estatal, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso directo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos controlar sus costos.
- **Verifique los informes que le enviamos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta.

Si cree que falta algo, o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para CCA Medicare Value

No hay deducible para CCA Medicare Value. Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que se paga por un medicamento depende del mismo y de dónde se surta la receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga la cantidad de copago o coseguro que le corresponde. La parte del costo que le corresponde varía en función del medicamento y del lugar en el que se surte la receta.

El plan tiene 5 niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- El nivel 1 es el más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 son los medicamentos genéricos
- El nivel 3 es medicamentos de marca preferidos
- El nivel 4 son los medicamentos de marca no preferidos
- El nivel 5, el más alto, es el de las especialidades. Este nivel incluye medicamentos únicos o de muy alto costo.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- una farmacia minorista de la red,
- una farmacia que no está en la red del plan. Solo en casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

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

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

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

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

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

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

Nivel	**Reparto estándar de los costos de venta al público (dentro de la red)** (hasta un suministro de 31 días)	**Reparto de los costos de la venta por correo** (hasta un suministro de 31 días)	**Reparto de los costos de los cuidados de larga duración (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Participación en los costos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles). (hasta un suministro de 31 días)
Costos compartidos nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de $0	$0 de copago	$0 de copago	USD 0 de copago por
Costos compartidos nivel 2 (Genérico)	Copago de $0	$0 de copago	$0 de copago	USD 0 de copago por
Costos compartidos nivel 3 (Marca preferida)	Copago de $47.00	Copago de $47.00	Copago de $47.00	Copago de $47.00
Costos compartidos nivel 4 (Marca no preferida)	Copago de $100.00	Copago de $100.00	Copago de $100.00	Copago de $100.00
Gastos compartidos del Nivel 5 (Especialidad)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	25 % de coseguro

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su proveedor de atención médica le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Normalmente, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su proveedor de atención médica desearían que usted tenga un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedir a su proveedor que le recete, y a su farmacéutico que le suministre, menos de un mes completo de sus medicamentos si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido para los diferentes medicamentos.

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

- Si es usted el responsable del coseguro, pagará 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 un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de por un mes completo. Calcularemos el importe que usted paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.

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

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

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

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

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

Nivel	**Reparto estándar de los costos de venta al público (dentro de la red)** (Suministro para 100 días)	**Reparto de los costos de la venta por correo** (Suministro para 100 días)
Costos compartidos nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de $0.00	Copago de $0.00
Costos compartidos nivel 2 (Genérico)	Copago de $0.00	Copago de $0.00
Costos compartidos nivel 3 (Marca preferida)	Copago de $141.00	Copago de $141.00
Costos compartidos nivel 4 (Marca no preferida)	Copago de $300.00	Copago de $300.00
Gastos compartidos del Nivel 5 (Especialidad)	N/C	N/C

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos en el año alcancen $5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance el límite de **$5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que recibe lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y terceros en su nombre por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $5,030 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Vacío de Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha de cobertura

Cuando esté en la Etapa de Brecha de Cobertura, el Programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare le ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y le hacen pasar la brecha de cobertura.

También recibe cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga $0 por medicamentos de nivel 1 y no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo cuenta la cantidad que usted paga y le hace pasar por la brecha de cobertura.

Usted sigue pagando estos gastos hasta que sus pagos anuales de bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Una vez que alcance este monto de $8,000, dejará la Etapa de brecha de cobertura y pasará a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Ingresa a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos. Usted no pagará nada.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

1. Las reposiciones anticipadas de medicamentos perdidos, robados o destruidos no están cubiertas, excepto durante una emergencia nacional declarada.

2. Las reposiciones anticipadas de medicamentos para vacaciones se limitan a una única reposición de hasta 30 días por año natural
3. No se cubrirán los medicamentos recetados por médicos u otros proveedores que estén excluidos o excluidas de la participación en el programa de Medicare
4. Puede resurtir una receta de medicamentos no opioides cuando se consuma un mínimo del setenta y cinco por ciento (75 %) de la cantidad según el suministro de días.
5. Puede volver a surtir una receta de opioides cuando se consuma un mínimo del ochenta y cinco por ciento (85 %) de la cantidad según el suministro de días.
6. Los costos de los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D no cuentan para su gasto de bolsillo.

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde obtiene la vacuna.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna en sí misma**.

La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces se denomina administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no tienen costo alguno para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte del costo que le corresponde.

Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de su lugar de residencia. Algunos estados no permiten que las farmacias entreguen vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí misma, lo que incluye el costo de administrársela.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí misma y el costo para que el proveedor se la administre.
- A continuación, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, 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 esta diferencia).

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando su proveedor de atención médica le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el proveedor por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el proveedor y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar al plan que pague su parte 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 sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. O bien, puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele llamarse “reembolso”). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan si pagó más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que nuestro plan cubre. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por una parte mayor de costos compartidos que la que le corresponde según se analizó en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. La revisaremos y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben tener cobertura, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted de igual modo tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de casos en los que puede pedirle al plan un reembolso o que le pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Cuando recibe atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

   - Si paga el monto total usted mismo al momento de recibir la atención, pídanos que le devolvamos el dinero por su parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho.
   - Puede recibir una factura de un proveedor en la que se solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya hecho.

  - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
  - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Aunque puede atenderse con un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A menos que sea por atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que recibe.

2. Cuando un proveedor de la red te envía una factura que crees 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 a usted que pague más que su parte.

- Usted solo tiene que pagar el monto de costos compartidos que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más que el importe de gastos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que cree que es mayor que lo que debe pagar, envíenosla. Contactaremos al proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que ha pagado y la que debe según el plan.

3. Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que manejemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, tiene que pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo.

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

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *"Lista de medicamentos"* del plan, o puede tener un requisito o una restricción que no conocía o que no piense que le corresponda. Si decide recibir el medicamento de inmediato, es posible que necesite pagar el costo total del mismo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su proveedor de atención médica para reembolsarle nuestra parte del costo.

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

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Su solicitud debe incluir la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable realizar una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los plazos indicados a continuación:**

- **Todas las solicitudes de reembolso** deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarnos de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene la obligación de usar el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada por usted, un representante autorizado o una persona que emite recetas autorizadas. Se requiere la siguiente información para procesar su solicitud:
    - Nombre y apellido
    - Identificación de miembro o fecha de nacimiento
    - Nombre del proveedor de servicios/suministros e identificador de proveedor nacional (NPI)
    - Fechas de servicio
    - Código(s) CPT
    - Código(s) de diagnóstico
    - Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:
        - Lugar y fecha de compra
        - Monto total pagado
        - Artículos/servicios que se reembolsarán

  - El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
  - Sería útil para usted indicar el tipo de servicio:
    - Servicios de salud conductual/médicos
    - Cuidados dentales
    - Equipos/suministros
    - Servicios de emergencia en todo el mundo
    - Healthy Savings
    - Entrega de comidas
    - Transporte

- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web www.ccahealthri.org o llamar Servicios al Miembro y pedir el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo postal junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
Member Services Department
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Fax: 617-426-1311

El reembolso de medicamentos con receta es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de farmacia (pharmacy benefit manager, PBM), Navitus Health Solutions (Navitus), para proporcionar reembolsos de medicamentos con receta de la Parte D. **Debe enviar su reclamo a Navitus en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.**

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso de la receta para realizar su solicitud de pago.

- No tiene la obligación de utilizar el formulario de reembolso de medicamentos con receta, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada por usted, un representante autorizado o un profesional que emita recetas autorizado. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
    - Nombre y apellido
    - Número de teléfono
    - Fecha de nacimiento
    - Sexo
    - Número de id. de miembro:
    - Dirección postal
    - El nombre, la dirección y el número de teléfono de la farmacia que surtió su receta
    - Fechas en que se surtió la receta
    - Descripción y código de diagnóstico
    - Nombre del medicamento
    - Número de receta
    - Para los medicamentos compuestos, se necesita la siguiente información
        - Presentación final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.)
        - Tiempo dedicado a preparar el medicamento
        - Ingredientes del compuesto
    - Código nacional del medicamento
    - Cantidad
    - Suministro para cuántos días
    - Volumen total (gramos, ml, cada uno, etc.)
    - Comprobante de pago
    - Nombre y apellido del profesional que emita recetas
    - Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del médico que receta
    - Costo original del medicamento

  - Monto que pagó por la receta el seguro primario
  - Monto que el miembro pagó
- Descargue una copia del formulario de reembolso de la receta de nuestro sitio web, www.ccahealthri.org, o llame a Servicios al Miembro y pida el formulario.

Envíe su solicitud de pago por fax o correo postal, junto con cualquier factura o recibo pagado, a Navitus a esta dirección:

Reclamos del manual de CCA Medicare Value
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039
Fax: 1-855-668-8550

El reembolso de atención oftalmológica de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos oftalmológicos que no son de rutina. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios oftalmológicos, VSP, para proporcionar reembolsos de servicios oftalmológicos de rutina. **Debe presentar su reclamo a VSP dentro de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.**

- **Reembolso de servicios oftalmológicos que no sean de rutina:** Para obtener el reembolso, debe llenar y enviar un formulario de reembolso, y adjuntar un comprobante de pago y cualquier información adicional descrita en el formulario.
- **Reembolso de servicios oftalmológicos de rutina:** Debe presentar una reclamación a VSP para obtener el reembolso.

Llame a Servicios al Miembro para solicitar el formulario de reembolso de CCA o VSP o visite nuestro sitio web: www.ccahealthri.org

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso de VSP para realizar su solicitud de pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para realizar el reembolso.

- No tiene la obligación de utilizar el formulario de reembolso, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada y fechada por usted, un representante autorizado o una persona que emite recetas autorizada. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:

- Fecha de nacimiento del miembro
- Nombre y apellido
- Sexo
- Dirección del miembro
- Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro
- Fecha de servicio
- Tipo de lente
- Información del proveedor (nombre, dirección, ciudad y estado)
- Recibo detallado que incluye los servicios pagados por código, fecha del servicio y método de pago.
    - El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. No podemos aceptar solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. No reembolsaremos los cupones.
- Comprobante de pago.

Descargue una copia del formulario de reembolso de VSP de nuestro sitio web (www.ccahealthri.org) o llame a Servicios para miembros y pida el formulario.

Ingrese en línea para enviar su solicitud en www.vsp.com o envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a VSP a esta dirección:

VSP
PO Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018

Para el reembolso de servicios oftalmológicos que no sean de rutina, siga el proceso de reembolso de Commonwealth Care Alliance que se describe al comienzo de esta sección.

El reembolso de servicios de audición es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de audición, NationsHearing, para proporcionar reembolsos de servicios de audición de rutina. Debe

presentar su reclamo dentro de 12 meses a NationsHearing a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso para realizar su solicitud de pago.

- No tiene la obligación de utilizar el formulario de reembolso, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada y fechada por usted, un representante autorizado o una persona que emite recetas autorizada. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
    - Nombre y apellido
    - Identificación de miembro o fecha de nacimiento
    - Nombre del proveedor del servicio/suministro y su NPI
    - Fechas de servicio
    - Código(s) CPT
    - Código(s) de diagnóstico
    - Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:
        - Lugar y fecha de compra
        - Monto total pagado
        - Artículos/servicios que se reembolsarán
    - El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
- Descargue una copia del formulario de reembolso de nuestro sitio web (www.ccahealthri.org) o llame a Servicios para miembros y pida el formulario.

Ingrese en línea para enviar por correo electrónico a OONClaims@nationsbenefits.com su solicitud de pago junto con su contrato de compra, comprobante de pago y audiograma.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o la rechazaremos

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuanto debemos

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

Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento **no** están cubiertos o que **no** respetó todas las normas, no pagaremos nuestra parte de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no enviaremos el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos todo o parte del medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites 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 honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva u orígenes culturales y étnicos diversos. 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, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos brindarle sin costo información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted, llame a Servicios para miembros.

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

Si no hay proveedores de la red del plan disponibles para una especialidad, 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 dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicios para miembros para presentar una queja al 833-346-9222 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. 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 obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga referencias para visitar a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. Tiene derecho a surtir sus recetas o resurtirlas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin grandes demoras.

Todas las visitas de atención de urgencia y sintomáticas al consultorio o a domicilio están disponibles para usted dentro de las 48 horas. Todas las visitas no sintomáticas al consultorio están disponibles para usted dentro de los 14 días calendario.

En el Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura, se le informa lo que puede hacer si considera que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que recibe un trato respetuoso y se reconocen su dignidad y su derecho a la privacidad

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas en función de su afección médica, estado de salud, si recibe servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con Servicios para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte la Sección 1.4.

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan y también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito denominado **Aviso de práctica de privacidad**, que le informa estos derechos y le explica cómo proteger la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no esté proporcionando o pagando su atención, *estamos obligados a primero obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen ciertas excepciones que no nos exigen pedir primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
    - Tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica.

- Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a dar a Medicare su información médica incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales. En general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se comparte con otras personas.

Tiene derecho a mirar sus registros médicos que están en poder del plan, y a obtener una copia de sus registros. Tiene también derecho a solicitarnos realizar agregados o corregir sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para otros fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas e inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios al Miembro.

Aviso de prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: 4 de agosto de 2022

Commonwealth Care Alliance, Inc. está obligada por ley a (i) proteger la privacidad de su **información médica (que incluye información de salud conductual)**; (ii) proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica y (iii) notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una violación.

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a este Aviso y a hacer efectivos los cambios para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de nuestros proveedores de atención médica y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado a pedido. También enviaremos a los miembros de nuestro plan de salud información sobre el Aviso actualizado y sobre cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo envío anual a los miembros. Debemos cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar una queja, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

Sección 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) como entidades cubiertas. Algunas de estas subsidiarias son **nuestros planes de salud**, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare Advantage, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una compañía de seguro médico o una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO). Otras subsidiarias son nuestros proveedores de atención médica (**nuestros proveedores**) que brindan tratamiento a los pacientes, como las clínicas de cuidado primario.

En este Aviso se describe la manera en que todas estas entidades usan y divulgan su información médica, y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, nuestros planes de salud usan y divulgan su información médica de la misma manera que nuestros proveedores, y sus derechos a su información médica son los mismos. No obstante, podrían existir diferencias, y en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos la información médica sobre el **miembro de un plan de salud**, en comparación con el trato que damos a la información médica sobre el **paciente de un proveedor**.

Los planes de salud y proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen:

Nuestros planes de salud

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

Nuestros proveedores de atención médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc., que opera bajo el nombre de CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie's Place

Sección 2. Información que recopilamos:

Las personas son responsables de proporcionar información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias (CCA) para que puedan brindarles servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la información médica de las personas que se recopila o crea como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, podemos recopilar información médica y otra información de usted, como se describe en más detalle a continuación.

La información médica puede incluir información personal, pero todo se considera Información médica cuando la proporciona usted a través de los servicios o en relación con estos:

- Recopilamos información, como direcciones de correo electrónico o información personal, financiera o demográfica de usted cuando nos proporciona voluntariamente dicha información, como cuando se comunica con nosotros con consultas, llena formularios en línea, responde a una de nuestras encuestas, responde a material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios o utiliza ciertos servicios (entre otros casos).

- Siempre que CCA recopile información médica, pondremos a disposición el acceso a este aviso. Al proporcionarnos información médica, usted otorga su consentimiento para que la usemos de acuerdo con este aviso. Si proporciona información a CCA, usted reconoce y acepta que dicha información puede transferirse desde su ubicación actual a las instalaciones y servidores de CCA y a terceros autorizados con los que CCA mantiene relaciones comerciales.

Sección 3: Cómo usamos y divulgamos su información médica

En esta sección de nuestro Aviso se explica cómo podemos usar y divulgar su información médica para brindar atención médica, pagar atención médica, obtener el pago por atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. En esta sección también se describen otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que nuestros planes de salud y nuestros proveedores de atención médica trabajen junto con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. El personal profesional, los médicos y otros proveedores de cuidado (denominados “equipo de cuidado”) tienen acceso a su información médica y comparten su información entre sí, según sea necesario, para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica según lo permitan las leyes.

Tratamiento: Nuestros proveedores pueden usar la información médica de un paciente, y nosotros podemos divulgar información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y la coordinación y la gestión de su atención médica con otras personas.

Ejemplo: Después de ser dado de alta del hospital, nuestro enfermero profesional puede divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después del alta hospitalaria.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para pagar los servicios de atención médica que haya recibido y para obtener el pago de otros por esos servicios.

Ejemplo: Su proveedor de atención médica puede enviar a nuestro plan de salud un reclamo por los servicios de atención médica que se le proporcionaron a usted. El plan de salud puede usar esa información para pagar el reclamo de su proveedor de atención médica y puede divulgar la información médica a Medicare o Medicaid cuando el plan de salud solicita el pago de los servicios.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permitan brindar los beneficios a los que usted tiene derecho en virtud de nuestro plan de salud y el tratamiento proporcionado por nuestros proveedores. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para lo siguiente:

- Revisar y evaluar las habilidades, la aptitud y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.
- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura, aunque la ley nos prohíbe usar su información genética para fines de suscripción.

Actividades conjuntas. Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar juntos para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionadas con las actividades conjuntas de estos acuerdos de atención médica organizados.

Personas que participan en su atención: Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica a esta persona. También podemos divulgar su información médica a esta persona si usted no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una emergencia, es posible que usemos o divulguemos su información médica a un familiar, a otra persona involucrada en su atención o a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

Exigencias de la ley: Usaremos y divulgaremos su información médica siempre que la ley nos exija hacerlo. Por ejemplo:

- Divulgaremos información médica en respuesta a una orden judicial o a una citación.
- Usaremos o divulgaremos su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a medicamentos.

- Divulgaremos información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales (como Medicare o Medicaid).
- Divulgaremos la información médica de un individuo a una persona que califique como su representante personal. Un representante personal tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre o el tutor de un niño, una persona con un poder notarial para la atención médica o el tutor de una persona discapacitada designado por un tribunal.

Amenaza para la salud o la seguridad: Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Actividades de salud pública: Podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar abuso y abandono infantiles o domésticos, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar información médica a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para fines específicos y limitados de cumplimiento de la ley, como la divulgación de información médica sobre la víctima de un delito o en respuesta a una citación de un gran jurado. También podemos divulgar información médica sobre un recluso a una institución correccional.

Peritos forenses y otros: Podemos divulgar información médica a un perito forense, un médico forense o al director de una funeraria, o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

Indemnización laboral: Podemos divulgar información médica a fin de cumplir con las leyes de indemnización laboral y según estas lo autoricen.

Organizaciones de investigación: Podemos usar o divulgar su información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.

Ciertas funciones gubernamentales: Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, actividades militares y de veteranos, y actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Socios comerciales: Contratamos a proveedores para que cumplan funciones en nuestro nombre. Permitimos que estos **socios comerciales** recopilen, usen o divulguen información médica en nuestro nombre para cumplir con estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y estos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que ofrecemos nosotros.

Comunicaciones para recaudación de fondos: Podemos usar o divulgar información médica para recaudar fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nuestra parte (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en futuras actividades de recaudación de fondos.

SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa

Excepto como se describió anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin su permiso por escrito (**autorización**). Podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o usted puede comunicarse con nosotros para divulgar su información médica a otra persona, en cuyo caso le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) posteriormente. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenos esto utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica en función de la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado de conformidad con la autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su información médica para los cuales necesitaríamos su autorización por escrito:

- **Uso o divulgación con fines comerciales:** Solo podemos usar o divulgar su información médica con fines comerciales si contamos con su autorización por escrito. Sin embargo, podemos enviarle información sobre ciertos productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague por enviar la información.
- **Venta de su información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no venderá su información médica. Si lo hiciéramos, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia:** Excepto para ciertas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o según lo exija la ley, solo podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

Sección 5: Usted tiene derechos relacionados con su información médica

Tiene ciertos derechos relacionados con su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

Derecho a obtener una copia de este Aviso: Tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso en formato electrónico.

Derecho a inspeccionar o realizar copias: Tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o un resumen de su información médica que mantiene Commonwealth Care Alliance en un conjunto de registros designado. Si conservamos esta información en formato electrónico, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede indicar a nuestros proveedores de atención médica que envíen una copia electrónica de la información que mantenemos sobre usted en un registro médico electrónico a un tercero. Debe proporcionarnos una solicitud de este acceso por escrito. Podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos para cubrir los costos de una copia de su información médica. De acuerdo con la Norma de privacidad según la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos rechazar esta solicitud. Le proporcionaremos una denegación por escrito a más tardar 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le notificamos una extensión).

Derecho a solicitar que se enmiende la información médica: Si considera que la información médica que tenemos es inexacta o no está completa, tiene derecho a solicitar que enmendemos, corrijamos o agreguemos datos a su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir una explicación de por qué es necesario cambiar nuestra información. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, proporcionaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones: Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica (**informe de divulgaciones**). La lista no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, divulgaciones realizadas hace más de seis años o determinadas otras divulgaciones. Le proporcionaremos un informe gratuito cada año, pero es posible que le cobremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses. Debe realizar las solicitudes de informes de divulgaciones por escrito.

Derecho a solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones: Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a las personas involucradas en su atención. Excepto como se describe a continuación, no estamos obligados a aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, respetaremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para tratamiento de emergencia.

Nuestros proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si (i) las divulgaciones son para el pago o las operaciones de atención médica (y no son requeridas por ley) y (ii) la información se refiere únicamente a los artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean nuestros planes de salud) han pagado en su totalidad.

Derecho a solicitar un método de comunicación alternativo: Tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o por un método distinto. Por ejemplo, es posible que prefiera que toda la información por escrito se envíe por correo a su dirección laboral en lugar de a su dirección particular o por correo electrónico. Nuestros proveedores de atención médica aceptarán cualquier solicitud razonable en relación con métodos alternativos de comunicación.

Sección 6. Puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Commonwealth Care Alliance, Inc. no tomará ninguna medida en su contra ni cambiará la forma en que lo trata de ninguna manera si usted presenta una queja.

Para presentar una queja por escrito o solicitar más información a Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

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

Como miembro de **CCA Medicare Value**, tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios a los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre calificaciones de proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de cobertura, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.
- **Información sobre sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.** Usted tiene algunas responsabilidades que debe cumplir como miembro de CCA Medicare Value.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a participar con profesionales y proveedores en la toma de decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su enfermedad y sus opciones de tratamiento **de un modo que pueda comprender.**

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus proveedores de atención médica sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias que se recomiendan para su enfermedad, sin importar el costo, o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que conlleve su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre puede rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar todo tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor de atención médica le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar el medicamento. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia.

Tiene el derecho de impartir instrucciones sobre qué se hará si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí solas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esa situación. Esto significa que, si quiere, puede:

- Rellene un formulario escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones** por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar indicaciones previas en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial para cuidado médico** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere utilizar una **directiva anticipada** para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas en organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para miembros para solicitar los formularios.

- **Complételo y fírmelo.** Sin importar en dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la que tomará las decisiones por usted si no puede hacerlo. Le recomendamos proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su elección si quiere completar una voluntad anticipada (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas Médicas del Departamento de Rhode Island llamando al 401-222-5200. También puede ponerse en contacto con la Unidad de Reclamos del Departamento de Salud de Rhode Island para presentar un reclamo contra un proveedor de atención médica en particular.

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar una queja y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, en el Capítulo 8 de su Evidencia de cobertura se le informa qué puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja) **estamos obligados a tratarlo de forma imparcial.**

Sección 1.9 Qué debe hacer si cree que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se respetan

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

Si considera que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad de origen, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por otro motivo?

Si cree que ha recibido un trato injusto o sus derechos no se han respetado, **y no** se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien, puede llamar 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 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibirlos.** Use esta Evidencia de cobertura para saber qué está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 de su Evidencia de cobertura, se proporcionan detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6 de su Evidencia de cobertura, se proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

  Si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos. Llame a Servicios para miembros para informarnos al respecto.
- **Decirles a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo, al darles información, hacer preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento acordados mutuamente entre usted y sus proveedores de atención médica.
  - Asegúrese de que sus proveedores de atención médica estén al tanto de los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Ser considerado**. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Esperamos que actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, del hospital y de otros consultorios.

- **Pagar lo que adeuda**. Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
    - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
    - Si se le exige que pague el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto extra directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio**, tenemos que saberlo para mantener actualizado su registro de membresía (registro actualizado del miembro) y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que avise 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)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los dos tipos de procesos para manejar 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 llamadas quejas formales.

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

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

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Hay términos legales para algunas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son conocidos para la mayoría de la gente, y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, en general se usa presentar un reclamo en lugar de presentar una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede ser útil (y a veces bastante importante) que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para recibir la ayuda o la información correcta para su situación. Para saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en ocasiones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna aseguradora o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue lo ayudará.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10** de este capítulo: **Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y apelaciones hacen referencia a los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza esta decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para problemas como si algo tiene cobertura o no, y la forma en que se brinda cobertura de algo.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Usted o su proveedor de atención médica también pueden contactarnos y pedir una

decisión de cobertura si su proveedor no sabe si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o ya no tiene más cobertura de Medicare por usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Las personas que manejen su apelación serán revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina “Apelación de nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para determinar si seguimos las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explica por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si respondemos que no a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si respondemos que no a una parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda seguir con niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son algunos recursos si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al Miembro**.
- **Puede recibir ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos.
- **Su médico puede solicitarlo por usted.** Si su proveedor ayuda con una apelación posterior al nivel 2, este deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para miembros y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ccahealthri.org).
    - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el nivel 1, se enviará automática al nivel 2.
    - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que emita recetas puede 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 profesional que emite las recetas puede solicitar una apelación de nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre. Si quiere, puede nombrar** a otra persona para que actúe por usted como su representante y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
    - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sean su representante, llame a Servicios para miembros y pida un formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ccahealthri.org). El formulario da a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
    - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario en los 44 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito donde se explique su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no necesita tener un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su caso?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles para cada una en una sección distinta:

- **Vaya la Sección 5 de este capítulo:** Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Vaya la Sección 6 de este capítulo:** Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Vaya la Sección 7 de este capítulo:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor de atención médica le está dando de alta demasiado pronto.

- **Vaya la Sección 8 de este capítulo:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Solo se aplica a estos servicios*: atención médica a domicilio, centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios al Miembro. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección es sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de medicamento con receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para servicios y artículos médicos.

Esta sección te informa lo que puede hacer si estás en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo una determinada atención médica que quiere y considera que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar 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. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar que nuestro plan le reembolse dicha atención **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para una determinada atención médica que estaba recibiendo, y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es por servicios de atención en un hospital, atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas 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 implica su atención médica, se denomina **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura rápida se toma dentro del plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede recibir una decisión rápida de cobertura *solo* si el plazo límite estándar podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su proveedor de atención médica nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos brindarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
  - se explique que usaremos los plazos estándar;
  - se explique que si su proveedor de atención médica solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida;
  - Explica que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

<u>Paso 2:</u> Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

Comienza por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacernos su solicitud de autorización o suministro de cobertura por la atención médica que necesita. Usted, su proveedor o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

<u>Paso 3:</u> Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.
Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si su pedido es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es

diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.
Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más en su beneficio, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo.

<u>Paso 4:</u> Si respondemos que no a su pedido de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar 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 sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro del plazo de 30 días.
Una apelación rápida generalmente se realiza dentro del plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su proveedor de atención médica deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su proveedor nos informa que su estado de 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 rápida de cobertura en la Sección 5.2 de este capítulo.

<u>Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida</u>

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta en relación con la decisión de cobertura. Si incumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo de la demora en la apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de causas justificadas se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Tanto usted como su proveedor de atención médica pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

<u>Paso 3:</u> Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos con atención toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su proveedor de atención médica.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su pedido es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente 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 nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o a 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 estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección médica nos lo exige.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su pedido es por un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos 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 del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** 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 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo es la apelación de nivel 2

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente.** A veces, esta se denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir del momento en que recibió su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario luego de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B dentro de un plazo de **72 horas** luego de que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión**.**
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no hay que aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar la apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
  - Explicarle su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto en dólares con el que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Indicarle cómo presentar una apelación de nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si su caso cumple los requisitos, decide si quiere llevar al siguiente paso su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos para las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7 se describen los casos en que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en donde se nos solicita el pago.

Pedirnos un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es por un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas sobre el uso de su cobertura de atención médica.

Si decimos que sí a su solicitud: Si la atención médica que pagó está cubierta y usted respetó todas las reglas, le enviaremos el pago por la parte del costo que nos corresponde dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

Si decimos que no a su solicitud: Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos los servicios y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos pide cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos pide que le devolvamos el pago de atención médica que ya recibió y pagó usted, no se le permite presentar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro del plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir 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 la cobertura de muchos medicamentos con receta. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección es sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general, usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos la frase “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Vademécum*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le indica que no se puede surtir su receta del modo que está emitida, la farmacia le dará una notificación escrita que explica cómo contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D es una **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de una cantidad menor de costos compartidos por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum.**

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum.**

Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se llama a veces pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera, puede solicitarnos 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 emita recetas deberán explicar los motivos médicos por los que necesita que le aprueben la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden solicitar que hagamos lugar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de

medicamentos”, tendrá que pagar el monto de costos compartidos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que le exigimos pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al importe del copago o del coseguro que le exigimos por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos más bajo.** Cada uno de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de gastos compartidos, menos pagará usted su parte del costo del medicamento.
    - Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamentos alternativos para el tratamiento de su enfermedad que se encuentran en un nivel de costos compartidos inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costos compartidos más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de gastos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su enfermedad.
    - Si el medicamento que está tomando es genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de gastos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su enfermedad.
    - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento de nivel 5 (Medicamentos de especialidad).
    - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el importe más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su proveedor de atención médica debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que emite la receta debe brindarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que emite la receta cuando solicita la excepción.

En general, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pides una excepción al nivel, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel más bajo de costo compartido funcione tan bien para usted, o si todos tienen probabilidad de causar reacciones adversas u otros daños.

Podemos decir Sí o No a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación en general es válida hasta el final del año del plan. Esto es verdad siempre que su proveedor siga recetando el medicamento para usted y que el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando 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 **determinación de cobertura acelerada.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su proveedor de atención médica. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su proveedor.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida.
Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Los plazos límites estándar podrían causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro profesional que emite la receta nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o profesional que emita recetas), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
    - Explica que usaremos los plazos estándares.
    - Explica que, si su médico u otro profesional que emite la receta solicita una decisión de cobertura rápida, le daremos una decisión de cobertura rápida de forma automática.
    - Le informa cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

<u>Paso 2:</u> Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comienza por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacernos su solicitud de autorización o suministro de cobertura por la atención médica que necesita. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2

contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emite la receta) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que emite la receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que emite la receta pueden informarnos por teléfono y luego hacer el seguimiento con el envío de la declaración por fax o correo, si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para la decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de atención médica. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del proveedor de atención médica que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su proveedor. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.

- **Si nuestra respuesta es sí a la totalidad o parte de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del proveedor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.

- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su pedido de cobertura, puede presentar una apelación.

Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar 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 medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro del plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro del plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que emite la receta necesitarán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Para comenzar su apelación de nivel 1, usted, su representante, su médico u otro profesional que emita recetas deben comunicarse con nosotros. Si su estado de salud requiere de una respuesta rápida, debe pedir una **apelación rápida.**

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-833-346-9222 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta en relación con la decisión de cobertura. Si incumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo de la demora en la

apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de causas justificadas se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Puede pedir copia de la información sobre su apelación y agregar más información. Tanto usted como su proveedor de atención médica pueden agregar más información para respaldar su apelación.

<u>Paso 3:</u> Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos con atención otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos contactarlo a usted o a su médico u otro profesional que emite la receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le brindamos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento aún y si su afección de salud lo requiere.

- Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente.** A veces, esta se denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que emite la receta) deben comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si respondemos que no a su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar la apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones informarán quién puede presentar la apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación en riesgo en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para fundamentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o 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 llama rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicarle su decisión.

- Notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión a Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, decide si quiere llevar al siguiente paso su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor de atención médica le está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su proveedor de atención médica y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. Ayudarán a organizar cualquier atención médica que pueda necesitar después de su alta.

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta hospitalaria.**
- Cuando se decida su fecha de alta, su proveedor de atención médica o el personal del hospital le dirán cuál es.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más larga y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare, donde se le informará sus derechos

En el transcurso de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, le darán un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Toda persona que tiene Medicare recibe una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, de un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro 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 este aviso en detalle y consulte si no entiendes algo.** Allí, se le informará:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estancia en el hospital y después de ella, según lo que ordene su proveedor de atención médica. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención médica hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se les pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firmen el aviso.
   - La firma del aviso muestra solo que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso no significa que acepta la fecha del alta hospitalaria.

3. **Conserve su copia** del aviso a mano para tener disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) para cuando la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de su alta programada.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios al Miembro 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.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere pedir que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O llame al Programa de Asistencia para Seguros Médicos de Rhode Island, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifique si su fecha de alta hospitalaria planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención brindada a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización para la mejora de la calidad de Rhode Island y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que reciba (**Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**) le informa cómo comunicarse con esta organización. O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de Rhode Island en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de abandonar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha del alta hospitalaria.**
    - **Si cumple este plazo,** puede quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta hospitalaria *sin pagar*, mientras espera recibir la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple este plazo** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención médica hospitalaria que recibe después de su fecha del alta hospitalaria planificada.
- Si se pasa el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad y sigue queriendo apelar, puede presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le proporcionaremos una **notificación detallada del alta hospitalaria**. En esta notificación se proporciona su fecha de alta planificada y se explican en detalle los motivos por los que su proveedor de atención médica, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Puede obtener una muestra de la **notificación detallada del alta hospitalaria** llamando a Servicios al Miembro 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 bien, puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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 piensan que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su proveedor de atención médica y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá una notificación por escrito enviada por nosotros, en la que se le indicará su fecha de alta planificada. En esta notificación además se explican en detalle los motivos por los que su proveedor de atención médica, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

<u>Paso 3:</u> Dentro de un día entero posterior a que haya recibido toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados siempre y cuando estos sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es NO?

- Si la organización de revisión dice que **no**, significa que su fecha del alta hospitalaria planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para los servicios para pacientes hospitalizados** finalizará al mediodía del día **posterior** al día en que la organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice no a su apelación y decides permanecer en el hospital, tal vez debas pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibas después de mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad te da la respuesta a su apelación.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha respondido que **no** a su apelación, **y** usted se queda en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que va a pasar al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad examinará nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta hospitalaria prevista.

<u>Paso 1:</u> Contacte nuevamente a la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

<u>Paso 3:</u> Dentro de los 14 días calendario posteriores la recepción de su solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Qué sucede si la organización de revisión dice sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Qué sucede si la organización de revisión dice no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en la apelación de nivel 1.
- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación al pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar la apelación ante nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de nivel 1 de su alta hospitalaria. Si incumple el plazo para contactar a la Organización para la mejora de la calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes**.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos y no los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

<u>Paso 2:</u> Hacemos una revisión rápida de su fecha del alta hospitalaria planificada, y verificamos si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha del alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada. Corroboramos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

<u>Paso 3:</u> Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que solicita una revisión rápida.

- **Si respondemos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos brindando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe seguir pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación,** significa que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que su cobertura finalizaría.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha del alta hospitalaria planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total de la** atención médica hospitalaria que recibió después de la fecha del alta hospitalaria planificada.

<u>Paso 4:</u> Si decimos que *no* a su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de nivel 2

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente.** A veces, esta se denomina **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se informa cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización responde que *sí* a su apelación,** debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista de su alta. También debemos seguir brindando cobertura del plan por sus servicios para pacientes hospitalizados siempre que sean médicamente necesarios. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, pueden limitar el monto que le reembolsemos o el tiempo durante el cual continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización responde que *no* a su apelación,** significa que está de acuerdo en que su fecha prevista de alta fue médicamente adecuada.

- En la notificación 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, la cual es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

<u>Paso 3:</u> Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que no a su apelación de nivel 2, usted decide si acepta esta decisión o prosigue con una apelación de nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección se refiere únicamente a tres servicios:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando recibe **servicios de salud 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 durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, debemos informarle con anticipación. Cuando su cobertura para esta atención finalice, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.

Si piensa que dimos por finalizada la cobertura demasiado pronto **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuando su cobertura esté por finalizar

Término legal
Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a suspender la cobertura de su atención. El aviso le informa lo siguiente:

   La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.

   Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso muestra **solo** que recibió la información sobre el momento en que finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención médica por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro. O llame al Programa de Asistencia para Seguros Médicos de Rhode Island, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** está formada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención brindada a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Usted presenta su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Notificación de falta de cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar a esta organización. O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de vigencia** que aparece en la Notificación de falta de cobertura de Medicare.
- Si se le pasa el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad y sigue queriendo presentar una apelación, puede presentarnos una apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para interrumpir 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 piensan que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su proveedor de atención médica y revisará la información brindada por nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la **Explicación detallada de la falta de cobertura** de nuestra parte, donde explicaremos en detalle los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores a**ceptan** su apelación, entonces **debemos seguir brindando los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que su cobertura finalice, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención médica por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que *no* a su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de finalizada su cobertura para esa atención, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad examinará nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice no?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en la apelación de nivel 1.

- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación. Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador está a cargo de ese nivel.

Paso 4: Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Puede presentar la apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez y contactar a la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (como máximo, dentro del plazo de uno o dos días). Si incumple el plazo para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos y no los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre el momento de finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinaremos toda la información sobre su caso otra vez. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para la finalización de la cobertura del plan por los servicios que recibía.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que solicita una revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted debe recibir los servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe seguir pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.

  Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, centro de atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que su cobertura finalizó, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente.** A veces, esta se denomina **IRE**.

Paso a paso: Proceso alternativo de apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser modificada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para

trabajar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se informa cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que *sí* a su apelación,** debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. También, debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesaria. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo durante el cual continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan ante su primera apelación y que no la cambiará.

  El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le informará por escrito qué hacer si desea pasar a una apelación de nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si la organización de revisión independiente responde que no a su apelación, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La revisión de la apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, puede pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor a ese nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que impliquen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi del mismo modo. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabajen para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* finalizar.** A diferencia de la decisión en el nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos adicionales necesarios. Podemos esperar una decisión de apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar 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** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 que fue favorable, el proceso de apelaciones *puede* o *no* finalizar.** A diferencia de la decisión en el nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si la respuesta es NO o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no quiere aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a la apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que apeló alcanza cierto monto en dólares, puede pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 se explicará a quién contactar y qué hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que impliquen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi del mismo modo. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabajen para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es SÍ, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar 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** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es SÍ, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.

- Si no quiere aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su pedido de revisión de la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten pasar a la apelación de nivel 5. También se le dirá con quién comunicarse y qué hacer luego si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas?

El proceso de reclamos se usa para ciertos tipos de problemas *únicamente.* Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de presentación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro departamento de Servicios al Miembro? • ¿Siente que le quieren dar motivos para que abandone el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concretar una cita o espera demasiado tiempo para poder concretarla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O tal vez nuestro departamento de Servicios al Miembro u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para surtir una receta.
Limpieza	• ¿Está inconforme con la limpieza o las condiciones de la clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le brindamos	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Este tipo de quejas se relaciona con la *puntualidad* de nuestras acciones respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación le presentamos algunos ejemplos: • Nos pidió una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, y dijimos que no; puede presentar un reclamo. • Si cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Un **reclamo** también se denomina **queja formal.**
- **Presentar un reclamo** también se denomina **presentar una queja formal.**
- **Usar el proceso de reclamos** también se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina **queja formal acelerada.**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas

<u>Paso 1:</u> Contáctenos de inmediato, por teléfono o por escrito.

Habitualmente, el primer paso es llamar a Servicios al Miembro. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios al Miembro se lo informará.

Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme) puede presentar su queja ante nosotros por escrito. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Para presentar una queja por escrito, puede enviarla por fax al Departamento de Apelaciones y Quejas al 857-453-4517 o enviarla por correo a la siguiente dirección:

Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
Appeals and Grievances Department
30 Winter St
Boston, MA 02108

Debemos recibir su queja en un plazo de 60 días calendario a partir del suceso o incidente sobre el que se queja. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le dimos información incorrecta, etc.) infórmenos y es posible que podamos aceptar su queja luego de los 60 días. Atenderemos su queja lo más rápidamente posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o usted puede desear proporcionar información adicional. Si esto ocurre, podemos tardar 14 días más en responder a su queja. Si se toman los 14 días adicionales, recibirá una carta comunicándoselo. Si su queja se debe a que hemos tardado 14 días más en responder a su solicitud de determinación de cobertura o de apelación o a que hemos decidido que no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su queja. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el **Capítulo 2**, en **Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.**

Sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Servicios al Miembro de inmediato.

Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

<u>Paso 2:</u> Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

Si es posible, responderemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica.

Respondemos la mayor parte de las quejas en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.

Si presenta una queja porque le negamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su reclamo y no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta el reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le enviemos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es acerca de la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

Puede presentar su reclamo directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.

La Organización para la Mejora de la Calidad está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para que controlen y mejoren la atención médica brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien,

Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre CCA Medicare Value directamente ante Medicare. Para presentar una queja a 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 10.6 Cómo denunciar fraude, uso indebido o abuso

Si cree que podría haber presenciado un fraude, uso indebido o abuso:

- **Llame** a la Línea directa de cumplimiento de CCA al 866-457-4953.
  o
- **Envíe un correo electrónico** a cca_compliance@commonwealthcare.org

Estamos comprometidos a trabajar para prevenir o abordar cualquier fraude, uso indebido o abuso.

Usted, su familiar o su cuidador MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden hacer un informe. Los informes son confidenciales. El informe puede ser anónimo. No afectará sus servicios.

¿Qué son el fraude, el uso indebido y el abuso?

Estos son todos los tipos de uso inadecuado de recursos, dinero o propiedad de Commonwealth Care Alliance, Inc. o del gobierno federal o estatal.

- **Fraude:** Acciones deshonestas realizadas a propósito y sabiendo que los recursos irán a alguien que no fue aprobado para ellos
- **Derroche:** Uso excesivo de un recurso. El derroche no se lleva a cabo intencionalmente.
- **Abuso:** Acciones que resultan en costos o pagos por servicios que no son médicamente necesarios o que no son el estándar aceptado de atención.

Ejemplos:

- Facturar servicios que no se proporcionaron.
- No ser honesto al facturar servicios, a saber:
  - Cambiar el tipo
  - Cambiar los montos
  - Cambiar la fecha
  - Cambiar el proveedor o la persona que recibió los servicios
- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona
- Entrega de equipos o suministros a un miembro que no los necesita

Consejos para protegerse del fraude

Las ofertas de ayuda médica o tratamientos gratuitos que aparecen en anuncios, en una llamada telefónica o en la puerta de su casa **pueden ser una estafa**.

Qué debe hacer:

- Tenga cuidado
- Lea la documentación de Commonwealth Care Alliance, Inc. y corrobore que recibe los tratamientos que se cobran. Pregunte cualquier cosa que parezca sospechosa.
- No dé su información de Medicare, Seguro Social, cuenta bancaria o tarjeta de crédito a una persona por teléfono.
- Si van a su casa, pídales que se identifiquen. Ninguna persona de Commonwealth Care Alliance, Inc. puede entrar a su casa sin su permiso.

Para obtener más información, visite www.ccahealthri.org.

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en CCA Senior Care Options puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se proporciona información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en que debemos finalizar su membresía. La Sección 5 le informa situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, el plan deberá seguir brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted deberá seguir pagando su parte del costo, hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el período anual de inscripción

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período anual de inscripción** (también conocido como “Período anual de inscripción abierta”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** 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 de medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando se inicie la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer **un** cambio en su cobertura médica durante el **período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de salud de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también decide 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 recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertos casos, los miembros de **CCA Medicare Value** pueden ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, si necesita la lista completa, puede contactarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se haya mudado.
- Si tiene MassHealth (Medicaid).
- Si es elegible para la “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de convalecencia o en un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le informa más sobre programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Si quiere saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura de medicamentos con receta como su cobertura de salud de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
- *O bien*, *Original Medicare* **sin** un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

> **Nota:** Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Generalmente, su membresía finalizará el último día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirse en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente: **Llamar a Servicios al Miembro**.

Buscar la información en el manual ***Medicare y usted de 2024***.

Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía con nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quiere pasar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan de salud de Medicare.	Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de CCA Senior Care Options cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de CCA Senior Care Options cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	**Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo. O bien, puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se cancelará su inscripción de CCA Medicare Value cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CCA Medicare Value debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

CCA Medicare Value debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Se muda fuera del área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar a donde se muda o a donde viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para la cobertura de medicamentos con receta.

- Si de forma deliberada nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de un modo que es perturbador y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si permite que alguien más use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CCA Medicare Value no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía con nuestro plan

Si finalizamos su membresía con nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para finalizar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal aplicable a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en que viva. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciben financiación federal y todas las otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, tales como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja formal en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios al Miembro 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 de Medicare por los que Medicare no es el primer pagador. Según la normativa del CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, CCA Medicare Value, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría en virtud de la normativa del CMS comprendida entre las subpartes B y D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen toda ley estatal.

SECCIÓN 4 Nueva tecnología

De manera periódica, revisamos nuevos procedimientos, dispositivos, tratamientos y medicamentos para determinar si son seguros y efectivos para los miembros. Las nuevas tecnologías que se consideran seguras y eficaces son elegibles para convertirse en Servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles u otras contribuciones de pago que le correspondan al miembro.

Cualquier dispositivo, tratamiento médico, medicamento, suministro o procedimiento cuyas seguridad y eficacia no hayan sido establecidas ni probadas se considera experimental, de investigación o no comprobada. Las terapias de investigación o no probadas no son médicamente necesarias y están excluidas de la cobertura, a menos que estén cubiertas explícitamente por Medicare o por los manuales del plan de CCA.

Cuando determinamos si dar cobertura a nuevas tecnologías para un miembro individual debido a sus circunstancias clínicas particulares, o porque se han agotado todas las demás opciones de tratamiento y existen motivos para creer que la intervención solicitada será exitosa, uno de nuestros directores médicos hace una determinación de necesidad médica basada en la documentación médica del miembro individual, revisa publicaciones de evidencias científicas y, cuando es apropiado, consulte con un profesional con especialidad o experiencia profesional relevante.

SECCIÓN 5 Información a solicitud

Como miembro del plan, tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Cobertura general e información comparativa del plan
- Procedimientos de control de la utilización
- Programas de mejora de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas y apelaciones
- La situación financiera de Commonwealth Care Alliance, Inc. o de una de sus filiales

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que opera exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y que tengan una estadía prevista en el centro de no más de 24 horas.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: es algo que uno hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica, de medicamentos con receta, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) factura a un paciente una cantidad superior al importe gastos compartidos permitido por el plan. Como miembro de CCA Medicare Value, sólo tiene que pagar los importes de coste compartido de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por el mismo. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni que le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: modo en el que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que se admiten en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para pacientes hospitalizados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden replicarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, por lo general, requieren una nueva receta para sustituir el 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, dependiendo de las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento con receta médica que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Equipo de atención: un equipo que puede estar integrado por su PCP, un profesional en enfermería, un enfermero certificado, un auxiliar médico o un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) que son responsables de coordinar toda su atención médica. La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con usted u otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo evoluciona. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre el equipo de atención.

Etapa de cobertura en casos de catástrofe: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado $8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de administrar Medicare.

Coseguro: cantidad que puede tener que pagar, la cual se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte del costo de los servicios o de los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Importe máximo de gasto de bolsillo combinado: es lo máximo que pagará en un año por todos los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Trabajador comunitario de la salud: ayuda a los miembros a manejar sus determinantes sociales de salud (SDOH) identificando y conectando a los miembros con los servicios y recursos dentro de sus propias comunidades, con un enfoque centrado en el miembro cuyo objetivo es mejorar su salud y fomentar su independencia. SDH incluye, entre otros, vivienda, asistencia pública (SNAP, Asistencia en efectivo de SSI), programas diurnos, asistencia de combustible y MassHealth.

Reclamo: el nombre formal para realizar un reclamo es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluida fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación de entorno domiciliario.

Copago: cantidad que puede tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las cantidades que el miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por la receta. En general, si lleva la receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término que usamos en esta Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare, en general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: es la atención brindada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado asistencial brindado por personas sin habilidades o capacitación profesionales, que incluye ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse en la cama o levantarse de esta, sentarse en una silla o levantarse de esta, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de la gente hace por sí sola, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de costos compartidos: se puede aplicar una tasa diaria de costos compartidos cuando su proveedor de atención médica le receta un suministro de menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de gastos compartidos en los gastos es el copago dividido por el número de días de un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tasa diaria de costos compartidos es de $1 por día.

Deducible: cantidad que debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que pague nuestro plan.

Cancelar inscripción o **Cancelación de la inscripción:** el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Tasa de dispensación: tasa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como por ejemplo, el tiempo que le llevó al personal de la farmacia preparar y empaquetar la receta.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que su proveedor de atención médica solicita por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (i.v.), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: una “emergencia médica” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad o la pérdida o el deterioro graves de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este manual, junto con su formulario de inscripción y todo otro manual adjunto, cláusula u otros manuales seleccionados de cobertura opcional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro vademécum (una excepción al vademécum) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (o excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al vademécum).

“Ayuda adicional”: programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Queja formal: tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidos los reclamos sobre la calidad de la atención. Esto no implica disputas de pagos o cobertura.

Auxiliar de atención domiciliaria: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta registrado, como la ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de cuidados paliativos (para enfermos terminales) en su área geográfica. Si elige la atención en un centro de cuidados paliativos y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y también los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización en la que usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años excede cierto monto, pagará la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, hayan alcanzado $5,030.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare, el período durante el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el lapso de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Monto máximo de gastos bolsillo dentro de la red: lo máximo que pagará por los servicios cubiertos recibidos de los proveedores de la red (preferidos). Una vez alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado de gastos de bolsillo, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum o "Lista de medicamentos"): lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Medicaid (o asistencia médica): programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos manuales de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años y mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellos con deficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) de honorarios por servicios privados (Private Fee-For-Service, PFFS) o iv) de una cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Programa de descuentos para el período de brecha de cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha de cobertura y que no estén recibiendo ya la “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, programas piloto/de demostración y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): el seguro que ayuda a pagar vacunas, productos biológicos y medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las brechas de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan, o miembro del plan): persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia con un contrato con nuestro plan, en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red, proveedor: es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre la cobertura de ciertos servicios o artículos o el monto que le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “Costo por servicio”): es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos que establece el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar un deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Centro o proveedor fuera de la red: centro o proveedor que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Un proveedor fuera de la red no está empleado por nuestro plan ni pertenece a él o es administrado por él.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de participación en los costos compartidos del miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y a largo plazo para personas frágiles, para ayudarlas a mantener su independencia y su vida en comunidad (en lugar de trasladarlas a un asilo de ancianos) lo máximo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte la sección Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de los medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Penalidad por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todas las prestaciones del plan tanto si se reciben de proveedores de la red como de fuera de la red. El gasto compartido del miembro será generalmente mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de los gastos de bolsillo combinados por los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de la PPO, algunos servicios médicos en la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, puede consultar con el plan para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad en cuanto a los costos. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el vademécum.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período determinado.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el vademécum y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos del vademécum alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y el lenguaje, terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué proveedores de atención médica y hospitales puede usar, en general, es también el área en donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de forma continua y todos los días en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero matriculado o un médico pueden aplicar.

Período de inscripción especial: es un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede tener derecho a un Periodo de inscripción especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, viven en un hogar de convalecencia o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia de pasos: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica, antes de que cubramos el medicamento que su médico tal vez recetó inicialmente.

Ingreso complementario del Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de necesidad de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos de manera temporal, o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas.

Servicios al Miembro de CCA Medicare Value

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
TELÉFONO	**833-346-9222 - Las llamadas** a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 (Relé de Rhode Island) Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	617-426-1311
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccahealthri.org

Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos de Rhode Island (State Health Insurance Assistance Program [SHIP] de Rhode Island)
SHIP de Rhode Island es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program: información de contacto
TELÉFONO	1-401-462-3000
TTY	1-401-462-0740 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
POR CORREO	25 Howard Ave, Building #57, Cranston, RI 02920
SITIO WEB	http://www.oha.ri.gov/SHIP/

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 válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

© 2023 Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC