



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios Médicos y la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare como Miembro de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

Este folleto le proporciona los detalles acerca de la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados que Medicare le ofrece desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2022. Se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

PENNSYLVANIA HEALTH & WELLNESS, INC. ofrece este plan, Wellcare Dual Access (HMO D-SNP). (Cuando en esta Evidencia de Cobertura, se dice “nosotros” o “nuestro”, se hace referencia a PENNSYLVANIA HEALTH & WELLNESS, INC. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)).

Por favor, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-866-330-9368 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son: entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.

Debemos brindar información de una manera comprensible para usted (en idiomas distintos del inglés, en formato de audio, en braille, en letra de mayor tamaño o en otros formatos alternativos, etcétera). Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

La Lista de Medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan para Necesidades Especiales (SNP) hasta 2024, basado en una revisión del Modelo de Cuidado Wellcare Dual Access (HMO D-SNP).

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

Estamos a Solo Una Llamada de Distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 O bien, visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP
☎ 1-833-853-0864

📄 O bien, visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
☎ 1-800-247-1447

📄 O bien, visite www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 O bien, visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 O bien, visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 O bien, visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥 O bien, visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥 O bien, visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥 O bien, visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

📅 Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.

📅 Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Evidencia de Cobertura para el 2022**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es solo su punto de partida. Para más ayuda sobre cómo encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Comenzar como miembro	5
Explica lo que significa estar en un plan de salud Medicare y cómo utilizar este folleto. Explica acerca de los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....	23
Le explica cómo comunicarse con nuestro plan (Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta Ferroviaria de Retiro.	
Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	55
Explica información importante que necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar a los proveedores en la red del plan y cómo recibir atención cuando tiene una emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)	79
Da detalles acerca de qué tipos de atención médica están cubiertos y <i>no</i> están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.	
Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D.....	150
Se explican las normas que debe cumplir al obtener los medicamentos de la Part D. Indica cómo utilizar la <i>Lista de</i>	

Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipo de medicamentos *no* tienen cobertura. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Indica acerca de los programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D 187

Describe las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa sin Cobertura y Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de distribución de costos de sus medicamentos de la Part D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 216

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 226

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como un miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)..... 241

Describe paso a paso qué hacer si está teniendo problemas o inquietudes como un miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas para recibir la atención médica o los medicamentos recetados que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura para los medicamentos recetados y solicitarnos que continuemos

Índice

cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.

- Explica cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan..... 324

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

Capítulo 11. Notificaciones legales..... 337

Incluye notificaciones sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 345

Explica las palabras clave utilizadas en este folleto.

CAPÍTULO 1

Comenzar como miembro

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), que es un Plan de Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales).....	7
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	8
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	8
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	9
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	9
Sección 2.2	¿Qué son la Part A de Medicare y la Part B de Medicare?	10
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	10
Sección 2.4	Aquí está el área de servicios del plan para Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)	11
Sección 2.5	Ciudadano Estadounidense o Presencia Legal en los EE. UU.	11
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	12
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan – Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	12
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> : su guía a todos los proveedores y farmacias de la red del plan	13
Sección 3.3	La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)</i> del plan	15
Sección 3.4	La <i>Explicación de Beneficios de la Part D</i> (la “EOB de la Part D”): informa cuando se le realiza un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Part D	15
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)	16
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima del plan?	16
Sección 4.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	18
SECCIÓN 5	Por favor mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	18
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	18

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	20
Sección 6.1	Nos aseguramos de proteger su información de salud	20
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	20
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	20

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), que es un Plan de Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Dual Access (HMO D-SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Advantage especializado (un “Plan para Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Nuestro plan está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

Puesto que recibe asistencia de Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) con su distribución de costos de la Part A y Part B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro) puede que no tenga que pagar nada por sus servicios de atención de la salud de Medicare. Medicaid también puede prestarle otros beneficios mediante la cobertura de servicios de atención médica y cuidado a largo plazo que, por lo general, no tienen cobertura de Medicare. También recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan le ayudará a gestionar todos estos beneficios, de modo que obtenga los servicios de atención de salud y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Nuestro plan es administrado por una empresa privada. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también ha celebrado un contrato con el programa de Medicaid de Pennsylvania para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de atención de la salud de Medicare, que incluye cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del 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 folleto <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	--

En el folleto *Evidencia de Cobertura* se le informa qué debe hacer para recibir su atención médica y sus cuidados a largo plazo de Medicare, como también sus medicamentos recetados que están cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y responsabilidades, cuáles son los servicios cubiertos y cuánto paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia al cuidado y a los servicios médicos, y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP).

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para leer este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o tiene alguna inquietud, o simplemente desea hacer una pregunta, por favor comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)*, y cualquier

Capítulo 1. Comenzar como miembro

notificación que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten a su cobertura. Estas notificaciones a veces reciben el nombre de “suplementos” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que esté inscrito en el plan, entre el 1 de enero del 2022 y el 31 de diciembre del 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre del 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicios diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras optemos por continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad
--------------------	---------------------------------------

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

- Usted tenga tanto la Part A como la Part B de Medicare (la Sección 2.2 le ofrece información sobre la Part A y la Part B de Medicare).
- y -- Resida en nuestra área geográfica de servicios (la Sección 2.4 a continuación indica cuál es nuestra área de servicios).
- y -- Sea un ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
- y -- Reúna los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de aquellas personas que reciban ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos

Capítulo 1. Comenzar como miembro

limitados). Para ser elegible para nuestro plan usted debe ser elegible para la asistencia de distribución de costos de Medicare bajo Medicaid.

Tenga en cuenta que si pierde la elegibilidad, pero puede recuperarla en forma adecuada dentro de los seis meses, entonces sigue siendo elegible para obtener la membresía de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se informa acerca de la cobertura y la distribución de costos durante un período de elegibilidad considerada continua).

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

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

- La Part A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar).
- La Part B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios de terapia de infusión en el hogar proporcionados por médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados artículos (como el equipo médico duradero (DME) y los suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué es lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de esos servicios. Los estados también pueden tomar decisiones sobre cómo administrar su programa siempre que cumplan con las directrices federales.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare, y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos).

Capítulo 1. Comenzar como miembro

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare, y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunas personas con QMB+ también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Medicaid.
- **Doblemente Elegibles Beneficios Completos (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare, y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben todos los beneficios de Medicaid.

Sección 2.4	Aquí está el área de servicios del plan para Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)
--------------------	--

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan solo está disponible para las personas que viven en el área de servicios de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicios del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye estos condados en Pennsylvania: Adams, Berks, Bradford, Carbon, Centre, Clinton, Cumberland, Dauphin, Franklin, Fulton, Huntingdon, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, Mifflin, Monroe, Northampton, Perry, Pike, Schuylkill, Snyder, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Wayne, Wyoming, York.

Si usted tiene planeado mudarse fuera del área de servicios, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando usted se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que se encuentre disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5	Ciudadano Estadounidense o Presencia Legal en los EE. UU.
--------------------	--

Un miembro de un plan de salud Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) si usted no califica para seguir

Capítulo 1. Comenzar como miembro

siendo un miembro de este modo. Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

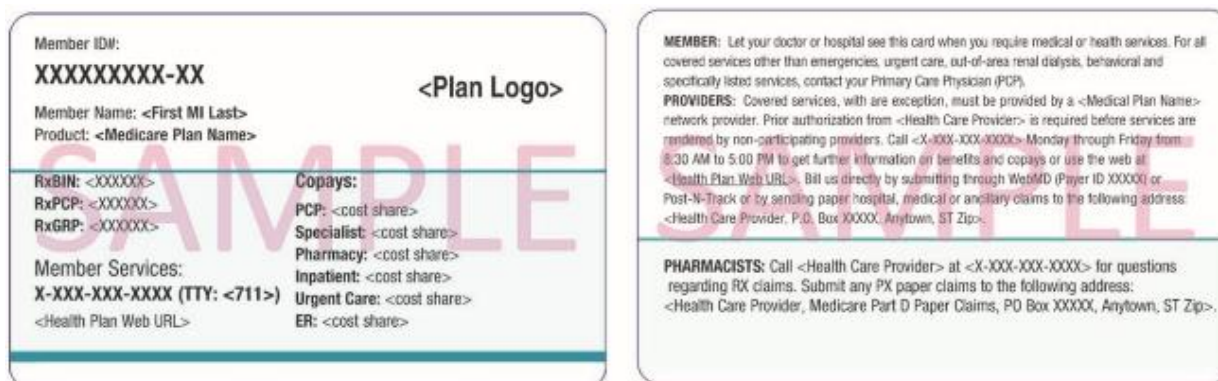
SECCIÓN 3

¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1

Su tarjeta de membresía del plan – Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor. A continuación, encontrará una muestra de la tarjeta de 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 usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación de rutina.

Esta es la razón por la cual es tan importante: si usted recibe servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía del plan mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Sección 3.2**El Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía a todos los proveedores y farmacias de la red del plan**

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera los proveedores de nuestra red, los proveedores de equipo médico duradero y las farmacias de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago, y cualquier otra distribución de costos del plan, como pago total. Hemos hecho los arreglos correspondientes para que estos proveedores proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Un grupo médico es una asociación de médicos, incluyendo PCP y especialistas, y otros proveedores de cuidado de salud, incluyendo hospitales, que tienen contratos con una HMO para proveer servicios a los miembros inscritos. Algunos grupos médicos tienen círculos de remisión del médico formales, lo que significa que sus proveedores solo refieren pacientes a otros proveedores que pertenecen al mismo grupo médico.

La lista actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA.

¿Por qué es necesario que sepa qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para recibir su cuidado y servicios médicos. Además, puede estar limitado a proveedores dentro de la red de su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales a los que usted puede acudir. Consulte el Capítulo 3 (*Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*) para obtener información más específica acerca de la elección de su PCP. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del-área y los casos en que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* identifica a los proveedores de la red que aceptan Medicaid; sin embargo, usted no está restringido a usar solamente los proveedores de la red que aceptan Medicaid para los servicios cubiertos.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una por medio de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar más información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones, comunicándose con Servicios para Miembros. También puede ver el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.wellcare.com/allwellPA. Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado abastecer recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que esté informado sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Hay un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias* por correo postal. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2022* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, también se le informarán cuáles son las farmacias de pedidos por correo de nuestra red que tienen la distribución de costos preferida, que puede ser menor que la distribución de costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red. para algunos medicamentos.

Si no dispone del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios introducidos en la red de farmacias y proveedores. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellPA.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Esta indica qué medicamentos recetados de la Part D están cubiertos bajo el beneficio de la Part D incluido en nuestro plan. Además de los medicamentos cubiertos en la Part D, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos también le informa si hay alguna norma que limite la cobertura de los medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede consultar el sitio web del plan (www.wellcare.com/allwellPA) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 La Explicación de Beneficios de la Part D (la “EOB de la Part D”): informa cuando se le realiza un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Part D

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos recetados de la Part D, le enviaremos un informe resumido para que pueda comprender y llevar un registro de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Part D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Part D* (o “EOB de la Part D”).

La *Explicación de Beneficios de la Part D* le informa el monto total que usted, otros en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Part D y el monto total pagado por cada medicamento recetado de la Part D durante el mes. La EOB de la Part D proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, tales como aumentos en el precio y otros medicamentos con una menor distribución de costos que pueden estar disponibles. Debe consultar con el profesional que expide sus recetas sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus*

Capítulo 1. Comenzar como miembro

medicamentos recetados de la Part D) ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

También está disponible la *Explicación de Beneficios de la Part D* en caso de ser solicitada. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También tiene la opción de obtener su *Explicación de Beneficios de la Part D* de manera electrónica a través de CVS Caremark. Las EOB electrónicas de la Part D (eEOB de la Part D) son idénticas a las EOB de la Part D en papel enviadas por correo. Se pueden ver, descargar, imprimir y guardar usando un navegador web de escritorio o móvil. Se enviarán correos electrónicos cuando una EOB de la Part D esté lista para ser vista. Si desea optar por recibir las EOB de la Part D de manera electrónica, visite <http://Caremark.com/> para registrarse. Puede salir de esta opción en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

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

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para nuestro plan.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más alta

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más alta que la indicada más arriba en la Sección 4.1. Estas circunstancias se describen a continuación.

- Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** de la Part D por no haberse inscrito en un plan de medicamentos de Medicare cuando reunieron los requisitos para hacerlo por primera vez, o porque transcurrió un período de 63 días consecutivos o más sin tener una cobertura “acreditable” de sus medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos se pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la penalidad de inscripción tardía en la Part D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan, más el monto de la multa por inscripción tardía en la Part D.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se cumplen 63 días consecutivos o más sin la Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Part D, el costo de la multa depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la Part D del Monto de Ajuste Mensual Relacionado con sus Ingresos, también conocido como IRMAA porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado por encima de cierto monto en la declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 arriba, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener Medicare Part A y Part B. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga la prima de la Part A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Part B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado y modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de un cierto monto, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con sus Ingresos, también conocido como IRMAA. El Monto Mensual Relacionado con sus Ingresos (IRMAA) es un cargo adicional agregado a su prima. Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será dicho monto. Si le ocurrió algún evento que cambió su vida que haya causado que sus ingresos se hayan reducido, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción del plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de

Capítulo 1. Comenzar como miembro

TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y Usted 2022* le brinda información acerca de estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2022”. Todos los años, en el otoño boreal, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted 2022*. Los miembros nuevos de Medicare la reciben un mes después de inscribirse por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y Usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar 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 4.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrarle una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Por favor mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía contiene información tomada de su formulario de inscripción, e incluye su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluyendo su proveedor de atención primaria/IPA. Una IPA es una asociación de médicos, incluyendo PCP, especialistas, y otros proveedores de cuidado de la salud, como hospitales, que tienen contratos con el plan para proveer servicios a los miembros.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para consultar qué servicios y medicamentos están cubiertos para usted, y cuáles son sus montos de distribución de costos.** Por esa razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Debe informarnos acerca de estos cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil
- Si ha sido admitido en un centro de convalecencia
- Si usted recibe cuidado en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su responsable designado (por ejemplo, un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquier parte de esta información cambia, por favor háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Medicare exige que recopilemos información de usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 en este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que indicará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Por favor lea esta información atentamente. Si es correcta, usted no necesita hacer nada más. Si la información es incorrecta, o usted tiene alguna otra cobertura no indicada, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información de salud

Leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud según lo establecido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, por favor consulte el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal de un empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si la cobertura primaria dejó costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que queden sin cubrir.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan grupal de cuidado de la salud de un empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura para personas jubiladas, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador, y de si usted tiene Medicare basado en su edad, una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar continúan trabajando, su plan grupal de salud paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge continúan trabajando, su plan grupal de salud paga primero si el empleador tiene 20 o más

Capítulo 1. Comenzar como miembro

empleados, o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura primero pagan los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios del programa de pulmón negro
- Compensación para trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Estos pagan únicamente después de que Medicare y/o los planes de salud para grupos del empleador hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, debe informárselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre qué seguro paga primero, o si necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba dar el número de ID de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Nuestros contactos del plan (cómo comunicarse con nosotros, y cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan).....	24
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	39
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	40
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que cuentan con Medicare)	42
SECCIÓN 5	Seguro Social	43
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto estatal y federal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)	44
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	46
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta Ferroviaria de Retiro	52
SECCIÓN 9	¿Tiene usted un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	53

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Nuestros contactos del plan
 (cómo comunicarse con nosotros, y cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para solicitar ayuda en caso de tener preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros del plan. Nos complaceremos en ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros - Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Servicios para Miembros - Información de Contacto
ESCRIBA A	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura 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. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Usted puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de Cobertura sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de Cobertura sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell Coverage Determinations Department - Medical 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 00006-3105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su cuidado médico**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por decisiones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Apelaciones por Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones por Cuidado Médico – Información de Contacto
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al hacer un reclamo sobre su cuidado médico**

Usted puede hacer un reclamo sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de nuestra red, incluyendo un reclamo relativo a la calidad del cuidado que recibe. Este tipo de reclamo no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo hacer 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	Reclamos sobre el Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Reclamos sobre el Cuidado Médico – Información de Contacto
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo por Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo por Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura de sus medicamentos recetados de la Part D**

Una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Part D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de la Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Decisiones de Cobertura para Medicamentos Recetados de la Part D – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de Cobertura para Medicamentos Recetados de la Part D – Información de Contacto
FAX	1-866-226-1093
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Part D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con relación a sus medicamentos recetados de la Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Apelaciones por Medicamentos Recetados de la Part D – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones por Medicamentos Recetados de la Part D – Información de Contacto
FAX	1-866-388-1766
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros al hacer un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Part D**

Usted puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, que incluya un reclamo relativo a la calidad del cuidado que recibe. Este tipo de reclamo no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Método	Reclamos sobre Medicamentos Recetados de la Part D – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-866-330-9368</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Reclamos sobre Medicamentos Recetados de la Part D – Información de Contacto
FAX	1-844-273-2671
ESCRIBA A	Wellcare by Allwell Appeals & Grievances Medicare Operations 7700 Forsyth Boulevard Saint Louis, MO 63105
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo por Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar un reclamo por Internet a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar la solicitud para que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o un medicamento que ha recibido**

Para obtener más información sobre casos en los que posiblemente deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de Pago – Información de Contacto
ESCRIBA A	<p>Para Atención Médica (Reclamos)</p> <p>Wellcare by Allwell Member Reimbursement Dept P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640</p> <p>Para Farmacia de la Part D (Reclamos)</p> <p>Wellcare by Allwell Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577</p>
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 2****Medicare**

(cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (también conocidos como “CMS”). Esta organización tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo nosotros.

Método	Medicare – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Provee información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de convalecencia, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también contiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de Contacto
SITIO WEB (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de Elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de Planes de Medicare: provee información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>estimado</i> de sus gastos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que usted tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare acerca de su reclamo: usted puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para contribuir a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si usted no tiene una computadora, la biblioteca local o un centro para personas mayores pueden ayudarle a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Pennsylvania, SHIP se llama Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program.

El Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

Si tiene alguna pregunta o problema con Medicare, los asesores de Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program pueden ofrecerle ayuda para entender sus derechos de Medicare, presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médico y resolver dudas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder sus preguntas sobre cambios de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Forms, Helps, and Resources (Formularios, Ayuda y Recursos)**” en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites (Números de Teléfono y Sitios Web)**”
- Ahora dispone de varias opciones
 - Opción n.º 1: puede tener un **chat en vivo**.
 - Opción n.º 2: puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú de la parte inferior.
 - Opción n.º 3: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-783-7067 De lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m. hora local
TTY	711
ESCRIBA A	Pennsylvania Department of Aging Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
SITIO WEB	http://www.aging.pa.gov/Pages/default.aspx

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad
 (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que cuentan con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicio a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Pennsylvania, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Pennsylvania, Livanta, cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted considera que la cobertura de su internación en un hospital finaliza demasiado pronto.
- Usted considera que la cobertura de su atención de salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Livanta: (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Pennsylvania) – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-396-4646 De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. hora local.
TTY	1-888-985-2660 Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

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

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tengan una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y reúnan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Part D debido a que tienen un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social en donde se le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre ese monto, o si sus ingresos se redujeron debido a un evento de cambio de vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si usted se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles al respecto.

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 6**Medicaid**

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

Como miembro de nuestro plan, es elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Con estos Programas de Ahorro de Medicare, se ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare, y otras distribuciones de costos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare, y otra distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunas personas con QMB+ también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Medicaid.
- **Doblemente Elegibles Beneficios Completos (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Part A y la Part B de Medicare, y otra distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben todos los beneficios de Medicaid.

Para ser miembro de este plan, debe estar doblemente inscrito en Medicare y en Medicaid, y cumplir con todos los otros requisitos de elegibilidad del plan vigentes en el momento de la inscripción. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-692-7462 De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:45 p.m.
TTY	1-800-451-5886 Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Dept of Human Services P.O. Box 2675 Harrisburg, PA 17105-2675
SITIO WEB	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx

En la Oficina Estatal del Defensor, el personal ayuda a las personas inscritas en Medicaid con sus problemas de servicios o facturación. También ofrece asistencia para presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	Pennsylvania: Office of the State Ombudsman – Información de Contacto
LLAME AL	1-717-783-8975 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. hora local
TTY	711
ESCRIBA A	Office of the State Ombudsman Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
SITIO WEB	https://www.aging.pa.gov/aging-services/Pages/Ombudsman.aspx

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

El Long-Term Care Ombudsman Program de Pennsylvania ayuda a las personas a obtener información sobre centros de convalecencia y a resolver problemas entre estos y los residentes o sus familias.

Método	Pennsylvania's Long-Term Care Ombudsman Program – Información de Contacto
LLAME AL	1-717-783-8975 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. hora local.
ESCRIBA A	Pennsylvania Department of Aging Office of the State Long-Term Care Ombudsman 555 Walnut Street, 5th floor Harrisburg, PA, 17101-1919
SITIO WEB	https://www.aging.pa.gov/organization/advocacy-and-protection/Pages/Ombudsman.aspx

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener “Ayuda Adicional”, que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. No debe hacer nada más para recibir esta “Ayuda Adicional”.

Ante cualquier duda sobre “Ayuda Adicional”, llame al:

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Si piensa que está pagando un monto de distribución de costos incorrecto cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado o, si ya tiene la evidencia, para que pueda proporcionárnosla.

- Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso en la contraportada de este folleto y dígame al representante que usted cree que califica para “Ayuda adicional”. Es posible que se le exija que proporcione uno de los siguientes tipos de documentación (la mejor Evidencia disponible):
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del Estado que muestra el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año anterior
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado que demuestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
 - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
 - Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que muestre que recibe Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI)
 - Una solicitud presentada por el candidato considerado que confirma que el beneficiario es “...automáticamente elegible para ayuda adicional...” (Publicación de la SSA HI 03094.605)

Si usted está institucionalizado y cree que califica para distribución de costos cero, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso en la contraportada de este folleto y dígame al representante que usted cree que califica para “Ayuda Adicional”. Es posible que se le exija que proporcione uno de los siguientes tipos de documentación:

- Un pago del centro que muestre el pago de Medicaid en su nombre para un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que demuestren su estado institucional basado en, por lo menos, una estadía de un mes calendario completo para los fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Si no puede proporcionar la documentación descrita anteriormente y cree que puede calificar para “Ayuda Adicional”, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso en la contraportada de este folleto y un representante lo ayudará.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si usted paga un copago superior al correspondiente, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto pagado o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y este se indica como un monto adeudado por usted, es posible que paguemos directamente a la farmacia. Si un estado pagó por usted, es posible que paguemos directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en otro programa que brinda cobertura para medicamentos de la Part D (que no sea el programa de “Ayuda Adicional”), aun así recibe el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga un 5% de los costos de los medicamentos de marca en la etapa sin cobertura. Este descuento del 70% y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP u otra cobertura.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el programa ADAP que vivan con VIH/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare que también estén cubiertos por ADAP califican para asistencia de distribución de costos para medicamentos con receta.

El Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) es el ADAP de su estado.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y la condición de paciente con VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia para la distribución de costos en recetas de la Part D de Medicare para medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de ADAP. Para tener la seguridad de que continuará recibiendo esta asistencia, por favor notifique al encargado de inscripciones del ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de la Part D de Medicare o en el número de póliza.

La información de contacto del Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) se indica a continuación.

Método	Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) de Pennsylvania – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-922-9384 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	Department of Health Special Pharmaceutical Benefits Program P.O. Box 8808 Harrisburg, PA 17105-8808
SITIO WEB	https://www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx

Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, de los medicamentos cubiertos o de cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) con la información de contacto anterior.

¿Qué sucede si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos de medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayor parte de nuestros miembros reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuento Durante la Etapa sin Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, usted ya obtiene cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante la etapa sin cobertura.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?**

Si usted considera que ha alcanzado la etapa sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, deberá revisar la próxima notificación en su *Explicación de Beneficios de la Part D* (EOB de la Part D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Part D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas estén correctos y actualizados. Si no consideramos que se le debe un descuento, usted puede presentar una apelación. Usted puede obtener ayuda del State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para presentar una apelación (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o 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.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Varios estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad, su condición médica o discapacidades. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Pennsylvania, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores (PACE).

Método	Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores (PACE) de Pennsylvania – Información de contacto
LLAME AL	1-800-225-7223 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	PACE/PACENET Program P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105-8806
SITIO WEB	http://www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta Ferroviaria de Retiro**

La Junta Ferroviaria de Retiro es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de parte de la Junta Ferroviaria de Retiro, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta Ferroviaria de Retiro, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios por medio de su empleador o de un grupo de personas jubiladas (o el de su cónyuge) como parte de su plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar acerca de sus beneficios de salud o primas de su empleador o de personas jubiladas (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) en caso de tener preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme este plan o períodos de inscripción para hacer un cambio.

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

CAPÍTULO 3

*Utilizar la cobertura del plan para sus
servicios médicos y otros servicios
cubiertos*

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	57
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	57
Sección 1.2	Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....	58
SECCIÓN 2	Utilice los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios.....	59
Sección 2.1	Debe elegir a un Proveedor de Atención Primaria (PCP) para que le proporcione y coordine el cuidado	59
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	62
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	62
Sección 2.4	Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red	64
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención médica o durante un desastre	65
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica.....	65
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios	67
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	69
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?.....	69
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos.....	69
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?.....	70
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	71
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	71

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	72
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	73
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?.....	73
Sección 6.2	Recibir cuidados de una institución religiosa no médica de atención de la salud.....	74
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	75
Sección 7.1	¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de realizar una cantidad determinada de pagos de acuerdo con nuestro plan?.....	75
SECCIÓN 8	Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento.....	76
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	76
Sección 8.2	¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?	76
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	77

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Incluye definiciones de términos y explica las reglas que usted deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan, use la tabla de beneficios médicos en el siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto*).

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

Estas son algunas definiciones que le pueden ayudar a comprender cómo obtener el cuidado y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que están licenciados por el estado para proporcionar cuidado y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos hecho los arreglos correspondientes para que estos proveedores proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos envían la factura directamente a nosotros por la atención que le proporcionan. Cuando usted visite un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen todo el cuidado médico y los servicios, suministros y equipos de cuidado de la salud que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 1.2	Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--------------------	--

Como un plan de Salud Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los cubiertos por Original Medicare. Consulte el Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto) para los servicios cubiertos por el plan.

Nuestro plan, por lo general, cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **El cuidado que recibe está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen las normas establecidas de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien le brinda atención médica y la controla.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de la salud a domicilio. Esto se denomina darle una remisión del médico. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones del médico de su PCP para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red del plan) no estará cubierto. *Estas son tres excepciones:*

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber qué significan servicios urgentemente necesarios o de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si usted necesita cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no le pueden proporcionar este cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red (se requiere autorización previa). En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiese el cuidado de un proveedor de la red. Para información sobre cómo obtener una autorización para visitar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
- El plan cubre servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios del plan.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir a un Proveedor de Atención Primaria (PCP) para que le proporcione y coordine el cuidado
--------------------	--

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en salud, proveyendo o coordinando su cuidado. Su PCP es un profesional de cuidado de la salud que satisface los requisitos del estado y está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Estos incluyen médicos especializados en la práctica familiar, la práctica general, la medicina interna y la geriatría. Un enfermero profesional (NP), un enfermero registrado con licencia estatal y capacitación especial, que proporciona un nivel básico de atención médica, o un

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Asistente Médico (PA), acreditado como un PCP, que proporciona servicios dentro de un entorno de atención primaria también puede actuar como su PCP.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o rutinaria por parte de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- salud del comportamiento,
- radiografías,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos especialistas,
- admisión en un hospital, y
- cuidado de seguimiento.

La “coordinación” de sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su cuidado y sobre cómo se está desarrollando. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización de nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores. Generalmente, consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que su PCP coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, o un especialista u otro proveedor al que consulte, necesitará obtener autorización previa (aprobación por adelantado) de parte nuestra para ciertos

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

tipos de servicios cubiertos y artículos. Consulte el Capítulo 4 de este folleto para obtener información sobre los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico después del horario laboral normal, llame al consultorio del médico y se lo dirigirá a su médico, un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener el servicio u otro médico que esté proporcionando cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

¿Cómo elegir su PCP?

Para elegir a su PCP, consulte nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA y seleccione un PCP de la red de nuestro plan. Los Servicios para Miembros también pueden ayudarle a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame a Servicios para Miembros e informe su selección. Su PCP debe formar parte de nuestra red.

Si hay un hospital o un especialista del plan en particular que desee utilizar, verifique primero para asegurarse de que los especialistas y/u hospitales están en la red del PCP.

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

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar con la atención después de salir de nuestra red. Para obtener detalles específicos, puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Cada PCP puede hacer remisiones del médico a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desee utilizar, averigüe si su PCP del plan utiliza estos especialistas u hospitales.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Tenga en cuenta que si recurre a un PCP que no sea el que tiene

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

asignado, es posible que incurra en una mayor distribución de costos o que se denieguen sus reclamos.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación, sin obtener una aprobación previa de su PCP.

- Atención de la salud de rutina para la mujer, que incluye examen de mamas, mamografías de diagnóstico (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19 y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia recibidos de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios urgentemente necesarios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red son inaccesibles o temporalmente no están disponibles, (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios del plan).
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicios del plan. (Si es posible, antes de dejar el área de servicios, llame a Servicios para Miembros para que podamos hacer los arreglos para que usted reciba su diálisis de mantenimiento mientras esté lejos. Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que ofrece servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Veamos algunos ejemplos:

- Oncólogos, médicos que brindan cuidado a pacientes con cáncer
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con cardiopatías

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Ortopedistas, médicos que brindan cuidado a pacientes con ciertas condiciones óseas, articulares o musculares

Para que pueda ver a un especialista, generalmente necesita obtener la aprobación de su PCP primero. Esto se llama conseguir una “remisión del médico” a un especialista. Es muy importante analizar con su PCP la necesidad de obtener una remisión del médico antes de ver a un especialista u otros proveedores del plan. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica rutinaria de la mujer, como se explica en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión del médico antes de recibir los servicios de un especialista o de otros proveedores determinados, posiblemente deba pagar por dichos servicios.

Si el especialista desea que usted regrese para recibir atención adicional, verifique primero que la remisión del médico que obtiene de su PCP para la primera visita cubra visitas adicionales al especialista o a otros proveedores determinados.

Algunos tipos de servicios requerirán obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado. Esto se denomina “autorización previa”. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red le solicitará la autorización a nuestro plan. Se revisará la solicitud y se enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este folleto para ver los servicios específicos que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de pertenecer a nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay diversas razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista dejan el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que están resumidos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proveamos un acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle una notificación con al menos 30 días de antelación comunicándole que su proveedor dejará nuestro plan, para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado, quien continuará manejando sus necesidades de atención de la salud.
- Si usted está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo sea sin interrupciones, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si usted cree que no le hemos provisto un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

Si necesita ayuda porque un especialista o un proveedor de red se va de nuestro plan, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto.

Sección 2.4

Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede proporcionar esta atención, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no haya un proveedor de red disponible y ponerse en contacto con el plan para solicitar autorización para que usted obtenga servicios de un proveedor fuera de la red. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para proporcionar los servicios.

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o fuera de la zona que sean servicios urgentemente necesarios. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para miembros con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en ese caso?

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

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para solicitar ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si es necesario. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP.
- **Asegúrese de informarle de su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Nosotros debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, preferiblemente dentro de las 48 horas. Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) incluye cobertura de emergencia y urgencia en todo el mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos conforme las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre atención de emergencia fuera de los Estados Unidos.

- Usted está cubierto por hasta \$50,000 cuando viaja fuera de los Estados Unidos bajo su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los montos que excedan esta cantidad *no* se cubrirán.
- El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. Además, no se dispensa la distribución de costos de sala de urgencias si es hospitalizado para recibir atención.
- Comuníquese con nosotros dentro de las 48 horas, si es posible, para informarnos de su visita a la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte: Atención de emergencia y servicios urgentemente necesarios en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén proporcionando la atención de emergencia para contribuir a administrar dicho cuidado y realizarle un seguimiento. Los médicos que le estén proporcionando la atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y cuándo finaliza la emergencia médica.

Una vez finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan. Si la atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, nosotros intentaremos que los proveedores de la red se ocupen de su cuidado tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan. Toda atención de seguimiento de proveedores fuera de la red después de que su emergencia haya terminado requerirá que el plan autorice la continuación de la atención.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

En ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica. Por ejemplo, puede que usted solicite atención de emergencia —porque piensa que su salud está en grave peligro— y el médico le informa que después de todo no se trataba de una emergencia médica. Si finalmente no es una emergencia, cubriremos su cuidado siempre que usted hubiera considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, luego de que el médico le hubiera informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si usted la obtiene de una de las dos siguientes maneras:

- Usted obtiene el cuidado adicional de un proveedor de la red.
- – o – El cuidado adicional que recibe es considerado “servicios urgentemente necesarios” y usted cumple las normas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, vea la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “servicios urgentemente necesarios”?

Los “servicios urgentemente necesarios” son una enfermedad, lesión o condición médica imprevista sin carácter de emergencia que requieren cuidado médico inmediato. Los servicios urgentemente necesarios pueden brindarlos los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, un brote inesperado de una condición que usted sabe que tiene.

¿Qué sucede si usted está en el área de servicios del plan en caso de tener una necesidad urgente de atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios urgentemente necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores son inaccesibles o temporalmente no están disponibles y no es razonable esperar para obtener cuidado de su proveedor de la red cuando se disponga de este, cubriremos servicios urgentemente necesarios que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Le pueden indicar que reciba atención de urgencia en un centro de atención de urgencia de la red. Puede encontrar una lista de centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, o en nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA. Si los servicios de atención de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, pagará el copago de visita en el consultorio; sin embargo, si los servicios de atención de urgencia se reciben en una clínica sin cita previa o en un centro de atención de urgencia de la red, pagará el copago del centro de atención de urgencia, el cual puede ser diferente. Consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto), para saber el copago que aplica a servicios brindados en el consultorio de un médico o un centro de atención de urgencia de la red o clínica sin cita previa.

También puede contactar con la Línea de Asesoramiento de Enfermería en cualquier momento. Un profesional de enfermería está esperando con respuestas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más información sobre la Línea de Asesoramiento atendida por Enfermeros, consulte la categoría de beneficios de los Programas de Educación de Salud y Bienestar en el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*), o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Cuando se encuentra fuera del área de servicios y no puede obtener cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios que usted obtenga de cualquier proveedor.

Medicare no cubre la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Usted está cubierto por hasta \$50,000 cuando viaja fuera de los Estados Unidos bajo su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los montos que excedan esta cantidad *no* se cubrirán.
- El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos *no* están cubiertos. Además, *no* se

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

dispensa la distribución de costos de sala de urgencias si es hospitalizado para recibir atención.

- Comuníquese con nosotros dentro de las 48 horas, si es posible, para informarnos de su visita a la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte “Atención de emergencia y servicios urgentemente necesarios” en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Sección 3.3 Cómo recibir 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 declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener cuidado de su plan.

Consulte el sitio web www.wellcare.com/allwellPA para acceder a la información acerca de cómo obtener los cuidados necesarios en caso de un desastre.

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red en la distribución de costos de la red. Si usted no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que puedan dispensarle sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Por favor, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si ha pagado por sus servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitar que paguemos nuestra parte de la factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de qué debe hacer.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, los mismos están listados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan, o fueron obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados. Antes de pagar el costo del servicio, debe verificar si el servicio está cubierto por Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos, antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted deberá pagar el costo completo de cualquier servicio que reciba luego de alcanzar su límite de beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que paga por los costos una vez que se ha alcanzado un límite de beneficios no contarán para el máximo de gastos de bolsillo. Por ejemplo, puede tener que pagar el costo total de cualquier atención de enfermería especializada que reciba después de que el pago de nuestro plan alcance el límite de beneficios. Una vez que haya agotado su límite de beneficios, los pagos adicionales que realice por el servicio no se contabilizarán para su máximo anual de bolsillo. Si desea saber qué parte de su límite de beneficios ya ha utilizado, puede llamar a Servicios para Miembros.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos 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 denominado “ensayo clínico”) es una manera en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos pidiendo a voluntarios que los ayuden con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a descubrir si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y para determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla los requisitos del estudio y tenga pleno conocimiento y acepte todo lo que implica su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede continuar estando inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que usted obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.**

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) para informarles que va a participar en un ensayo clínico y para obtener información específica sobre lo que su plan pagará.

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

Una vez que usted se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto por artículos y servicios de rutina que usted reciba como parte del estudio, incluyendo:

- Habitación y comidas para una admisión en un hospital que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

Original Medicare paga por la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que en todos los servicios cubiertos, no pagará por los servicios cubiertos que reciba en un estudio de investigación clínica.

A fin de que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted debe presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de los Resúmenes de Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre presentar solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por cualquiera de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, aunque usted *no* esté en el estudio.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Artículos y servicios que el estudio le proporciona a usted o a cualquier participante sin ningún costo.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar información y que no se utilicen para la atención directa de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará por las CT mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica podría normalmente requerir solo una CT.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies”. (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 recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona atención para una afección que, normalmente, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si obtener cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada es contrario a las creencias religiosas del miembro, le proporcionaremos cobertura para su cuidado en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Usted puede optar por obtener cuidado médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona únicamente en servicios para pacientes internados de la Part A (servicios no médicos de atención de la salud). Medicare solo pagará los servicios no médicos de atención de la salud proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 6.2	Recibir cuidados de una institución religiosa no médica de atención de la salud
--------------------	--

Para obtener cuidado de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que indique que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El cuidado o tratamiento médico “no exceptuado” se refiere al cuidado o tratamiento médico *voluntario y no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es atención o tratamiento médico que se recibe de manera *no voluntaria o que requiere* la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado en un hospital como paciente internado o en un centro de enfermería especializada.
 - – y – Debe tener la aprobación por adelantado de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución religiosa no médica de atención de la salud no está cubierta por nuestro plan a menos que usted obtenga una autorización previa (aprobación) de nuestro plan, y quedará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que el cuidado como paciente internado o el cuidado de un centro de enfermería especializada que de otro modo hubiera recibido. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener las reglas de cobertura e información adicional sobre la distribución de costos y las limitaciones de la cobertura de hospitales para pacientes internados, así como la de los centros de enfermería especializada.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero****Sección 7.1 ¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de realizar una cantidad determinada de pagos de acuerdo con nuestro plan?**

El Equipo Médico Duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andaderas, colchones eléctricos, muletas, suministros diabéticos, dispositivos generadores del habla, dispensadores de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como prótesis, siempre serán propiedad del miembro. En esta sección discutiremos otros tipos de DME, equipo médico duradero, que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME pasan a ser propietarios del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, también hay ciertos tipos de equipo médico duradero que usted poseerá después de pagar copagos para el artículo durante determinada cantidad de meses. Sus pagos anteriores para un artículo de equipo médico duradero cuando usted tenía Original Medicare no cuentan para los pagos que usted hace mientras es miembro de nuestro plan. Si adquiere la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras es miembro de nuestro plan y el equipo requiere mantenimiento, el proveedor puede facturar el costo de la reparación. También hay determinados tipos de equipos médicos duraderos que nunca poseerá, sin importar cuántos pagos haya hecho por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Para obtener información acerca de los requisitos de alquiler o propiedad de equipos médicos duraderos y la documentación que debe proporcionar, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede con los pagos que usted ha realizado por un equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo después de cambiar a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. Sus pagos efectuados mientras haya estado en nuestro plan no se consideran parte de estos 13 pagos consecutivos.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los nuevos 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que regresa a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. No se hacen excepciones a este caso cuando usted regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
--------------------	--

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, nuestro plan cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja nuestro plan o ya no necesita médicamente un equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Sección 8.2	¿Cuál es su distribución de costos? ¿Cambiará después de 36 meses?
--------------------	---

La distribución de costos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de \$0 por mes.

Si pagó el alquiler de la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), su distribución de costos en Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) será de \$0.

Capítulo 3. Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres de equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), se une a nuestro plan durante 12 meses y después regresa a Original Medicare, pagará la distribución de costos completa por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en nuestro plan y luego regresó a Original Medicare, pagará la distribución de costos total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de Beneficios Médicos
(lo que está cubierto)*

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1	Comprender los servicios cubiertos.....	80
Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos.....	80
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Part A y la Part B de Medicare?	80
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de Beneficios Médicos para saber qué está cubierto para usted.....	81
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan.....	81
SECCIÓN 3	¿Qué servicios se cubren fuera del plan?.....	144
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan	144
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no cubre el plan?	144
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones)	144

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en qué servicios están cubiertos. Incluye una Tabla de Beneficios que incluye los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites a ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Puesto que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan para recibir la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir atención).

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

Nota: Puesto que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B.

Ya que usted está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, hay un límite de cuánto tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos bajo la Part A y la Part B de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos de la Part A y Part B de Medicare en 2022 es \$3,450. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D no cuentan para su cantidad máxima de su bolsillo). Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos. Si sus pagos alcanzan el monto máximo de gastos de bolsillo de \$3,450, usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B de Medicare. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Part B de Medicare (a menos que la pague por usted Medicaid o un tercero).

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de Beneficios Médicos para saber qué está cubierto para usted.

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

En la Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas se incluyen los servicios cubiertos por nuestro plan. Los servicios listados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos para la cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben suministrarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen cuidado, servicios, suministros y equipos médicos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen las normas establecidas de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto. El Capítulo 3 proporciona más información acerca de los requisitos para el uso de proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios incluidos en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están indicados en la Tabla de Beneficios Médicos en cursiva.

Otras cosas importantes que debe tener en cuenta acerca de nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención de salud y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su distribución de costos para servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como cuidado a largo plazo.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2022*. Acceda a este a través de la página de 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 de acuerdo con Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted.
- A veces, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted está dentro del período de seis meses considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage adecuados. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no es responsable de la cobertura de ningún beneficio de Medicaid que esté incluido en su Plan Estatal de Medicaid. Los montos de distribución de costos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. La cantidad que usted paga depende del nivel de beneficios de Medicaid que usted tenga.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante de beneficios para inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Consumo crónico de alcohol y otras drogas;
 - Trastornos autoinmunitarios limitados a:
 - Poliarteritis nodosa,
 - Polimialgia reumática,
 - Polimiositis,
 - Artritis reumatoide y
 - Lupus eritematoso sistémico;
 - Cáncer, excluidas las afecciones previas al cáncer o el estado in situ;
 - Trastornos cardiovasculares limitados a:

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

- Arritmias cardíacas,
- Enfermedad arterial coronaria,
- Enfermedad vascular periférica y
- Trastorno tromboembólico venoso crónico;
- Insuficiencia cardíaca crónica;
- Demencia;
- Diabetes mellitus;
- Enfermedad renal en etapa terminal;
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis;
- Trastornos hematológicos graves limitados a:
 - Anemia aplásica,
 - Hemofilia,
 - Púrpura trombocitopénica inmunitaria,
 - Síndrome mielodisplásico,
 - Anemia drepanocítica (a excepción del rasgo drepanocítico) y
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico;
- VIH/SIDA;
- Trastornos pulmonares crónicos limitados a:
 - Asma,
 - Bronquitis crónica,
 - Enfisema,
 - Fibrosis pulmonar e
 - Hipertensión pulmonar;
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes limitadas a:
 - Trastornos bipolares,
 - Trastornos depresivos mayores,
 - Trastorno paranoide,
 - Esquizofrenia y
 - Trastorno esquizoafectivo;
- Trastornos neurológicos limitados a:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS),
 - Epilepsia,
 - Parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia),


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

- Enfermedad de Huntington,
- Esclerosis múltiple,
- Enfermedad de Parkinson,
- Polineuropatía,
- Estenosis espinal y
- Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular; y
- Accidente cerebrovascular.
- Es posible que se requiera una revisión por parte de un administrador de la atención para determinar a qué beneficios usted es elegible. Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto para obtener ayuda.
- **Todos los beneficiarios de beneficios de SSBCI deben cumplir con lo siguiente:**
 - Tener una o más afecciones crónicas que pongan en riesgo la vida o limiten significativamente la salud o la función
 - Tener un alto riesgo de hospitalización (criterios clínicos)
 - Requerir coordinación de cuidados intensivos (en tratamiento)
 - Si cumple ciertos criterios clínicos y está en tratamiento contra una afección crónica que califica, usted puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas
- Consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas” de la siguiente Tabla de Beneficios Médicos para obtener más detalles.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios médicos.


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)**Tabla de Beneficios Médicos**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Para conocer los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el Resumen de Beneficios del plan para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos por Medicaid. Si no recibió un Resumen de Beneficios, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto) y solicite que le envíen una copia. Su distribución de costos para los servicios cubiertos de Medicaid, si los hubiera, se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>	
<p> Examen de diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Examen de ultrasonido con fines de diagnóstico, por única vez, para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a los miembros elegibles para este examen de diagnóstico preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con duración de 12 semanas o más; • inespecífico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con 	<p>\$0 de copago para acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un PCP.</p> <p>\$0 de copago para acupuntura cubierta por Medicare recibida en el consultorio de un especialista.</p> <p>\$0 de copago para acupuntura cubierta por Medicare recibida en el</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</p> <ul style="list-style-type: none"> • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (tal como se definen en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/los enfermeros especializados clínicos (CNS) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos, o del District of Columbia. 	<p>consultorio de un quiropráctico.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA, o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR, Secciones 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen transporte en aeronaves de alas fijas y alas rotativas, y servicios de ambulancia terrestre, al centro más cercano que pueda proveer cuidado, solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si es autorizado por el plan. El transporte en ambulancia sin carácter de emergencia será apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>\$0 de copago por viaje de ida para servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por viaje de ida para servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa para aeronaves de ala fija y transporte no emergente.</i></p> <p>No se dispensa la distribución de costos si lo admiten para recibir cuidado en hospital para pacientes internados.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha tenido la Part B durante más de 12 meses, puede programar una visita de bienestar anual con el fin de desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, basado en su estado de salud actual y sus</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por la visita de bienestar anual.</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>factores de riesgo. Este beneficio está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que usted haya tenido la visita “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura de las visitas de bienestar anual después de haber tenido la Part B durante 12 meses.</p>	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que son elegibles (en general, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de diagnóstico de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por las mamografías de diagnóstico cubiertas.</p> <p>\$0 de copago por cada examen de mama cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales para los servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y poseen una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, es posible que su médico discuta el uso de la aspirina (si corresponde), controle su presión arterial, y le proporcione consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Pruebas 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).</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por las pruebas de enfermedad cardiovascular cubiertas una vez cada 5 años.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de diagnóstico de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si usted tiene alto riesgo de contraer cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y el resultado de su prueba de Papanicolaou es anormal en los 3 últimos años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos Manipulación Manual de la columna vertebral para corregir una subluxación <p>Nota: La cobertura de visitas de rutina al quiropráctico es un beneficio suplementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.</p>	<p>\$0 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o mayores, los siguientes exámenes están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia con sonda flexible (o enema de diagnóstico de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de enema de</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección del cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas en alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de diagnóstico (o enema de diagnóstico de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no están en alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de diagnóstico cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de diagnóstico 	<p>bario cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen oral: 2 cada año del plan ○ Limpieza: 2 cada año del plan ○ Radiografías dentales: 1 cada 12 a 36 meses según el tipo de radiografía (aleta de mordida, periapical, oclusal, panorámica o serie completa) ○ Tratamiento con fluoruro: 1 cada año del plan • Servicios dentales integrales adicionales 	<p>Todos los servicios se ofrecen con \$0 de copago por cada servicio dental complementario (es decir, de rutina) que esté cubierto por el plan. Esto se aplica tanto a los servicios preventivos como a los servicios integrales adicionales. *</p> <p>Existe un monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$4,000 por año, que se aplica a todos los</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicio No Rutinario: 1 por día hasta los 60 meses ○ Servicios de Diagnóstico: 1 por cada año del plan ○ Servicios de Restauración: 1 por cada 12 a 84 meses ○ Servicios de Extracción: 1 por diente ○ Servicios Endodónticos: 1 por diente ○ Servicios periodontales: 1 cada 6 a 36 meses ○ Prostodoncia: 1 cada 12 a 84 meses ○ Otra cirugía oral maxilofacial: 1 extracción quirúrgica por diente de por vida y 1 cierre de una fístula oroantral (comunicación anormal entre los senos paranasales y el paladar) cada 12 a 60 meses por procedimiento. Otros servicios que se ofrecen una vez cada 6 a 60 meses 	<p>servicios dentales complementarios (es decir, de rutina).*</p> <p>Usted es responsable de cualquier costo que exceda el máximo de los \$4,000.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Se aplican limitaciones y exclusiones. Antes de recibir los servicios, se recomienda a los miembros discutir sus opciones de tratamiento con un proveedor de servicios dentales de rutina participante. El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras tenga cobertura del plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro.</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>A fin de estar cubiertos por el plan, los servicios dentales suplementarios (es decir, de rutina) deben recibirse de un proveedor participante. Si tiene dudas acerca de cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo o para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-866-330-9368 (TTY: 711) o visítenos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellPA.</p>	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: La cobertura de servicios dentales de rutina es un beneficio complementario que el plan ofrece. Ni Medicare ni Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.</p> <p>Los miembros que también están inscritos en Medicaid pueden ser elegibles para una cobertura secundaria de estos servicios dentales suplementarios de parte del Estado. Antes de obtener servicios dentales, solicite al proveedor si pueden facturar a Medicaid como pagador secundario. Asegúrese de mostrar al proveedor su tarjeta de identificación de Medicaid.</p>	
<p> Examen de diagnóstico de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de diagnóstico de depresión por año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y/o remisiones del médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por una consulta anual para un examen de diagnóstico de depresión.</p>
<p> Examen de diagnóstico de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de diagnóstico (incluye una prueba de glucosa en ayunas) si usted padece cualquiera de los siguientes factores de riesgos: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de altos niveles de azúcar (glucosa) en sangre. Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por las pruebas de diagnóstico de diabetes cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	
<p> Capacitación en autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de control de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tengan una enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados personalizados por año calendario (incluidas las plantillas ortopédicas proporcionadas con estos) y dos pares de plantillas ortopédicas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (sin incluir las plantillas ortopédicas removibles no personalizadas proporcionadas con estos). La cobertura incluye la horma. • La capacitación en autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. <p>Los productos One Touch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información acerca de los artículos incluidos en la lista de suministros preferidos para las pruebas de diabetes,</p>	<p>\$0 de copago por los suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para zapatos o accesorios terapéuticos cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético.</p> <p>\$0 de copago por cada capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>comuníquese con Servicios para Miembros al número indicado en la contraportada de este folleto.</p> <p>Si usted utiliza suministros para pruebas de diabetes que son no preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una nueva receta o para solicitar una autorización previa para un monitor de glucosa en la sangre y tiras reactivas no preferidas.</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, dispensadores de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto 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.</p> <p>La lista actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA.</p>	<p>\$0 de copago para equipo duradero cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos para servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para esos servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>Se cubren los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>No paga este monto si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir su atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>\$120 de copago por los servicios de emergencia</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>fuera de los Estados Unidos.*</p> <p>No se dispensa la distribución de costos de sala de emergencias a nivel mundial si lo admiten para recibir cuidado en hospital para pacientes internados.</p> <p>Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia y urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p>Beneficio Flex Card</p> <p>Nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepaga con un límite anual combinado de \$500 para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo para servicios dentales, de visión y de audición. Los dólares de beneficios que no se utilicen caducarán al final del año.</p>	<p>\$0 de copago por este beneficio.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Este beneficio no es un reemplazo para los beneficios dentales, de la visión o de la audición, y está diseñado para ayudar a compensar ciertos gastos y no cubrirá los procedimientos o gastos cosméticos. La tarjeta Flex Card es solo para uso personal, no se puede vender ni transferir, y no tiene valor en efectivo.</p> <p>Un reembolso está disponible en caso de que la tarjeta falle, o para uso con proveedores elegibles que no aceptan Visa. Debe presentar un formulario de reclamación para el reembolso, junto con el recibo detallado original impreso de la ubicación del proveedor. Las reclamaciones se deben presentar dentro de 90 días de la fecha de compra en su recibo.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellPA.</p>	<p>servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Gimnasio</p> <p>Nuestro plan cubre una membresía de acondicionamiento físico para ayudar a mantener un estilo de vida activo y saludable. Como miembro de un gimnasio, tiene acceso a las siguientes características sin costo alguno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía en Centro de Acondicionamiento Físico: elija entre varios centros de acondicionamiento físico presenciales que participen en el programa. 	<p>\$0 de copago para el beneficio de gimnasio.*</p> <p>\$0 de copago por la línea de asesoramiento atendida por enfermeros.*</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Kits de Gimnasio en Casa: si no puede visitar un centro de acondicionamiento físico o prefiere hacer ejercicio en casa, puede elegir entre una variedad de Kits de Gimnasio en Casa, incluido un monitor de actividad portátil. Puede recibir hasta 1 kit por cada año de beneficios. • Programa Digital de Ejercicios: elija entre más de 8,000 videos de ejercicios a pedido a través de la biblioteca digital. <p>Para obtener más información con respecto a la membresía a un gimnasio, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellPA.</p> <p>Línea de asesoramiento de enfermería: Formación telefónica gratuita y asesoramiento del personal de enfermería por parte de médicos cualificados. La línea de asesoramiento atendida por enfermeros está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudar con preguntas relacionadas con la salud. Puede ponerse en contacto con la línea de asesoramiento atendida por enfermeros a través del número de teléfono de su tarjeta de identificación del miembro o llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para trasladarlos a la línea de asesoramiento atendida por enfermeros.</p> <p>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS): Cobertura de un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias de por vida y la cuota mensual. Un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias brinda tranquilidad y genera una respuesta a</p>	<p>\$0 de copago por el Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) – Sistema de alertas médicas.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>sus necesidades emergentes y no emergentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Los miembros pueden elegir un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) “cableado” tradicional que se conecte a través de una línea fija o seleccionar un sistema inalámbrico. Para sistemas cableados, se necesita un teléfono fijo existente.</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio, realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico, están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición suplementarios (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de audición de rutina cada año. • 1 evaluación y adaptación de audífonos cada año. • 1 audífono no implantable por oído, por año, hasta un máximo de \$3,000. El beneficio incluye una garantía estándar de 1 año y 1 paquete de baterías. <p>Nota: Un proveedor participante debe ser el que proporcione los servicios de rutina para la audición a fin de que el plan los cubra. Cualquier costo que exceda los</p>	<p>\$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Servicios suplementarios de audición (es decir, de rutina):</p> <p>\$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año.*</p> <p>\$0 de copago por 1 evaluación y adaptación de audífono cada año.*</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>\$3,000 es su responsabilidad y no se cubren audífonos adicionales. Para obtener más información sobre la información de contacto y los beneficios de su proveedor de audición, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se enumeran en la contraportada de este folleto) o visítenos en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellPA.</p> <p>Nota: La cobertura de servicios de rutina para la audición es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.</p>	<p>\$0 de copago para un audífono, por oído, por año.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> Examen de diagnóstico de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de diagnóstico de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de diagnóstico cada 12 meses <p>Para mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de diagnóstico durante el embarazo 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a los miembros elegibles para el examen de diagnóstico de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y ordenar que estos sean proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio de tiempo parcial o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención de la salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio, deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de medicina y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>\$0 de copago por cada servicio de cuidado cubierto por Medicare realizado por una agencia de salud a domicilio.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión doméstica implica la administración subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p>	<p>\$0 de copago por servicios profesionales de un Proveedor de Atención Primaria (PCP), incluidos los servicios de enfermería, capacitación, educación, monitoreo y monitoreo remoto.</p> <p>\$0 de copago por servicios profesionales</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • La capacitación y educación del paciente no están cubiertas por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar 	<p>de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo.</p> <p>El equipo y los suministros para la terapia de infusión en el hogar están cubiertos de acuerdo con su beneficio de Equipo Médico Duradero (DME). Consulte la sección "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" para la información de distribución de costos.</p> <p>Los medicamentos para la infusión domiciliaria están cubiertos de acuerdo con el beneficio de Medicamentos Recetados de la Part B de Medicare. Consulte la sección de "Medicamentos Recetados de la Part B de Medicare" para obtener información</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>sobre la distribución de costos.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Cuidados de atención para pacientes terminales</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de centro para pacientes terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro de atención para pacientes terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted es un enfermo terminal y le quedan 6 meses de vida o menos si su enfermedad continúa su evolución normal. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo de corto plazo • Cuidado en el hogar <p><u>Para servicios de atención para pacientes terminales y para servicios que la Part A o la Part B de Medicare cubren y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios de atención para pacientes terminales relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de servicios de</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de centros para pacientes terminales certificado por Medicare, sus servicios de atención para pacientes terminales y sus servicios de la Part A y la Part B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare y no por nuestro plan.</p> <p>La distribución de costos del servicio médico puede solicitar servicios de consulta de atención para pacientes terminales. Consulte la sección “Servicios médicos/profesionales” de esta tabla para obtener información</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>atención para pacientes terminales facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare pague.</p> <p><u>Para servicios que la Part A o B de Medicare cubren y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> si necesita servicios sin carácter de emergencia o no urgentemente necesarios que la Part A o la Part B de Medicare cubren y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de la distribución de costos del plan por los servicios dentro de la red • Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la distribución de costos del Cargo por Servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Part A o la Part B de Medicare:</u> nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Part A o la Part B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de la distribución de costos de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Part D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por atención para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales certificado por Medicare?</i>).</p>	<p>sobre la distribución de costos.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: Si usted necesita atención que no sea para pacientes terminales (no relacionada con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para gestionar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre atención para pacientes terminales (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de atención para pacientes terminales.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos por la Part B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la Hepatitis B, si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si es persona en riesgo y las mismas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B <p>También cubrimos algunas vacunas por medio de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Part D.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por las vacunas contra la neumonía, la COVID-19 y la Hepatitis B.</p> <p><i>Algunos medicamentos de la Part B requieren autorización previa para ser cubiertos.</i></p> <p>Para ver otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Part B de Medicare), consulte la sección de medicamentos recetados de la Part B de Medicare en esta tabla para determinar la distribución de costos aplicable.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado en hospital para pacientes internados</p> <p>Incluye hospitales de cuidado agudo para pacientes internados, de rehabilitación para pacientes internados, de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. El cuidado en hospital para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den el alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Usted está cubierto por 90 días para internaciones en un hospital cubiertas por Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costo de unidades de cuidado especial (como unidades de cuidado intensivo o cuidado coronario) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costo de salas de operación y recuperación • Terapias física, ocupacional y del lenguaje y el habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples. Si necesita un trasplante, 	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>\$0 de copago por cada internación cubierta por Medicare:</p> <p>Días de reserva de por vida, \$0 de copago por día.</p> <p>Los Días de Reserva de por Vida son los días adicionales que el plan pagará cuando un miembro esté internado en un hospital por más tiempo que la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se establece, usted debe regresar a un hospital de</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>haremos los arreglos para que uno de los centros de trasplante aprobados por Medicare revise el caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los servicios de trasplante de nuestra red se ofrecen fuera del modelo comunitario de atención, usted puede optar por recibir los servicios a nivel local siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante en un centro fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige recibirlos en esa ubicación distante, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza cuando se usa la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Servicios de médicos <p>Nota: Para que usted pueda ser internado como paciente, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si usted no está seguro de ser un paciente ambulatorio o internado, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada "¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!" Esta hoja de información se encuentra disponible en el sitio web en</p>	<p>la red para que se siga cubriendo su atención o debe recibir su atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>No se aplican períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para el cuidado en hospital para pacientes internados, la distribución de costos descrita anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital. Una transferencia a un centro independiente (como un hospital de rehabilitación de cuidados agudos para pacientes internados o a otro hospital de cuidados agudos) se considera una nueva admisión.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>La distribución de costos se aplica a partir del primer día de ingreso y no incluyen la fecha de alta.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Cuidado de la salud mental de pacientes internados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren internación en un hospital.</p> <p>Usted está cubierto por 90 días por admisión para estancias cubiertas por Medicare.</p> <p>Se aplica un límite de 190 días de por vida para servicios de internación por salud mental en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha utilizado parte del beneficio de por vida de Medicare de 190 días antes de inscribirse en nuestro plan, entonces solo tiene derecho a recibir la diferencia entre la cantidad de días de por vida que ya se han utilizado en el beneficio del plan.</p>	<p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>\$0 de copago por cada internación cubierta por Medicare.</p> <p>Días de Reserva de por Vida \$0 de copago por día.</p> <p>Los Días de Reserva de por Vida son los días adicionales que el plan pagará cuando un miembro esté internado en un hospital por más tiempo que la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>pueden ser utilizados durante su vida.</p> <p>Si usted recibe cuidado autorizado como paciente internado en un hospital fuera de la red luego de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta</p> <p>No cubriremos su internación si usted agotó sus beneficios de paciente internado o si la internación no era razonable y necesaria. Sin embargo, en algunos casos, nosotros cubriremos ciertos servicios que reciba mientras usted se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • Apósitos quirúrgicos 	<p>Los servicios enumerados seguirán estando cubiertos por los montos de distribución de costos que se muestran en la tabla de beneficios para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo el yeso y las tablillas, usted paga la cantidad de</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • férulas, enyesados y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplacen total o parcialmente un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo) o total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente inactivo o deficiente, incluidos el reemplazo y la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas; brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Terapia física, del habla y ocupacional 	<p>distribución de costos aplicable donde se proporciona el servicio específico.</p>
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Comidas para el tratamiento de enfermedades postagudas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros dados de alta de un centro para pacientes internados (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados), el plan proporcionará un máximo de 3 comidas por día en un período de 14 días por un total de 42 comidas, sin costo adicional para usted. Puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas estables o un caso de batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite de beneficio total, con un máximo de una caja de batidos por instancia. 	<p>\$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesarios y cubiertos por el plan para el tratamiento de enfermedades posagudas.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Pueden requerirse remisiones del médico.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón), (pero que no reciben diálisis), o luego de un trasplante de riñón cuando lo ordena un médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que recibe terapia de nutrición médica cubierta por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas por año posteriormente. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP constituye una intervención sanitaria estructurada para el cambio de comportamiento, que proporciona un entrenamiento práctico para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar retos de mantenimiento de la pérdida de peso y de un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Part B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras le brindan servicios médicos, de pacientes ambulatorios o de centros quirúrgicos ambulatorios • Medicamentos que usted toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Los factores de coagulación que se autoadministran con inyecciones, si tiene hemofilia • Medicamentos Inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Part A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en su hogar porque ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica como relacionada a la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y para combatir las náuseas • Ciertos fármacos para la diálisis en el hogar que incluyen a la heparina, el antídoto para la heparina cuando es clínicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes de incentivo de corto plazo para la eritropoyesis (como Procrit®) 	<p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada.</p> <p>\$0 de copago por los medicamentos de quimioterapia de la Part B cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para otros medicamentos de la Part B cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Part B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: https://wellcare.pahealthwellness.com/steptherapyb.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas por medio de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Part B y la Part D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Part D, incluyendo las normas que usted debe seguir para que los medicamentos estén cubiertos. Lo que usted paga por sus beneficios de medicamentos recetados de la Part D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p>Beneficio de asesoramiento nutricional o alimentario</p> <p>Cubrimos las sesiones de asesoramiento de un especialista en nutrición o un profesional de la nutrición registrado, con una orden de su médico, para abordar los cambios de comportamiento que podrían mejorar la condición médica que tiene. El asesoramiento nutricional es un proceso de asistencia con el fin de establecer prioridades, fijar objetivos y crear planes de acción individualizados que reflejen y fomenten la responsabilidad del autocuidado.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta grupal o individual de asesoramiento nutricional o alimentario.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<p> Examen de diagnóstico de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder de peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un centro de cuidado primario, donde pueda ser coordinado con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención primaria para saber más.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por el examen de diagnóstico y la terapia para la prevención de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento de opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los ciudadanos estadounidenses con tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. • Preparación y administración de los medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología 	<p>\$0 de copago por los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas 	
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y los suministros para los técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendas • férulas, enyesados y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza cuando se usa la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (incluye pruebas complejas como CT, MRI, MRA, SPECT): servicios de diagnóstico no radiológico • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (entre ellas, las pruebas complejas como CT, MRI, MRA y SPECT): servicios de diagnóstico radiológicos; no se incluyen las radiografías convencionales • Pruebas EKG • Prueba de Densidad Ósea (DEXA Scan) 	<p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (por ejemplo, los análisis de orina).</p> <p>\$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare (por ejemplo, prueba de alergia o EKG).</p> <p>\$0 de copago por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por una prueba de densidad ósea.</p> <p>\$0 de copago por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>\$0 de copago por servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los suministros médicos cubiertos por Medicare, entre ellos, los yesos y las férulas.</p> <p>Si recibe varios servicios de la misma categoría durante el mismo día en el mismo centro, deberá pagar el monto máximo de copago de esa categoría de servicio en esa ubicación.</p> <p>Sin embargo, si el beneficio de un servicio es un copago y el de otro es un coseguro, puede que le soliciten que pague ambos.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios del paciente ambulatorio que se brindan para determinar</p>	<p>\$0 de copago por cada visita por servicio observación cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son provistos por la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro de ser un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Puede obtener esta hoja de información en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos</p>	<p>Se aplicarán costos adicionales para los medicamentos recetados de la Part B de Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios recibidos en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de la salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento hospitalario • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y enyesados • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda administrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si usted no está</p>	<p>Usted paga los montos de distribución de costos aplicables que se muestran en esta Tabla de Beneficios Médicos para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo el yeso y las tablillas, usted paga la cantidad de distribución de costos aplicable donde se proporciona el servicio específico.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>seguro de ser un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Internado o Ambulatorio del Hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Puede obtener esta hoja de información en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra con licencia del estado o un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional de enfermería, asistente de médico u otro profesional del cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un psiquiatra • Servicios proporcionados por otros proveedores de atención de salud mental <p>Además de los beneficios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, cubrimos el asesoramiento para temas generales como el matrimonio, la familia y el dolor. Puede ver a un</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de terapia individual con un psiquiatría cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de salud mental.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia grupal</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>profesional de salud mental calificado por Medicare o acceder a estos servicios adicionales por teléfono y en línea usando Teladoc™, el proveedor de telesalud de nuestro plan. Se pueden programar visitas de salud conductual los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m., hora local. Llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362; TTY: 711.</p>	<p>cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de salud mental.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de asesoramiento con un proveedor de Teladoc™.*</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y el habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios entornos, tales como los departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios proporcionados por un fisioterapeuta • Servicios proporcionados por un terapeuta ocupacional • Servicios proporcionados por un terapeuta del habla 	<p>\$0 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios para trastorno por uso de sustancias, en forma de sesiones de terapia individual y grupal, proporcionadas por un médico, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un profesional de enfermería, un asistente de enfermería u otro profesional o programa de atención de la salud mental calificado por Medicare, como lo permiten las leyes estatales vigentes.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluyendo los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si usted tiene una cirugía en un centro hospitalario, deberá consultarle a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden a fin de que se lo admita como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y pagará los montos de la distribución de costos de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios • Servicios prestados en un centro de cirugía ambulatoria 	<p>\$0 de copago por cada visita por servicios quirúrgicos cubierta por Medicare a un centro hospitalario de pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Artículos de Venta Libre:</p> <p>Solo usted puede utilizar su beneficio, y los productos de OTC son destinados para su uso exclusivo. Obtener sus artículos es fácil:</p> <p>Nuestro plan proporciona un beneficio de \$465 cada tres meses para gastar en artículos aprobados de venta libre a través de CVS. Tiene la flexibilidad de comprar artículos OTC elegibles del catálogo por teléfono, en línea, o en las tiendas de CVS participantes con su tarjeta de identificación del miembro. También puede hacer su pedido a través del catálogo en línea en www.cvs.com/otchs/wellcare o por teléfono llamando al 1-866-528-4679/TTY: 711, y le enviaremos sus artículos a su puerta sin ningún costo adicional. Tenga en cuenta que el catálogo de artículos de venta libre (OTC) puede cambiar cada año. Asegúrese de revisar el catálogo actual para consultar qué artículos son nuevos y para identificar los cambios en los artículos respecto al año pasado. Hay un límite de 3 pedidos por trimestre. Pueden aplicarse limitaciones adicionales a la cantidad de determinados artículos por trimestre, anotada en el catálogo.</p> <p>Nota: En ciertas circunstancias, los equipos de diagnóstico (tales como equipos de diagnóstico de presión arterial, colesterol, diabetes, exámenes de diagnóstico colorrectales y VIH) y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Para obtener los artículos y el equipo indicados anteriormente, usted debe (cuando sea posible) utilizar los otros beneficios de nuestro plan en lugar de gastar su asignación en dólares para artículos de OTC.</p>	<p>\$0 de copago por este beneficio.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, provisto en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio del médico o terapeuta y constituye una alternativa a la admisión en un hospital.</p>	<p>\$0 de copago por hospitalización parcial cubierta por Medicare por día.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de Médicos/Profesionales, incluyendo las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o de cirugía médicamente necesarios proporcionados en la oficina de un médico por un proveedor de atención primaria • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios, proporcionados en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento provistos por un especialista • Otros profesionales de la salud • Exámenes de audición y equilibrio básicos, realizados por su PCP, si su médico los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyen lo siguiente: servicios urgentemente necesarios, servicios de salud a domicilio, médico de atención primaria, terapia 	<p>\$0 de copago por cada visita al consultorio del PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte “Cirugía ambulatoria”, más arriba en esta tabla, para conocer los montos de distribución de costos aplicables para las consultas en un Centro de Cirugía Ambulatoria o en un entorno ambulatorio hospitalario.</p> <p>\$0 de copago por cada visita a especialistas cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>ocupacional, especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podología, otro profesional de atención médica, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, fisioterapia y patología del habla y lenguaje, sesiones individuales ambulatorias para abuso de sustancias y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece el servicio a través de telesalud. ● Nuestro plan ofrece acceso a visitas virtuales con médicos certificados a través de Teladoc™ las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a abordar una amplia variedad de preocupaciones/preguntas de salud <p>Entre los servicios cubiertos, se incluye la medicina general, la salud conductual, la dermatología y más.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Una consulta virtual (también conocida como teleconsulta) es una consulta con un médico por teléfono o Internet mediante un teléfono inteligente, una tablet o una computadora. Para algunos tipos de consulta, es posible que necesite Internet y un dispositivo con cámara. ○ Para obtener más información o a fin de programar una cita, llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ● Algunos servicios de telesalud, como la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare 	<p>\$0 de copago por cada visita a otro profesional sanitario.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio para la audición cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios brindados a través de nuestro proveedor de telesalud Teladoc™.*</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: El copago de \$0 anterior, solo se aplica cuando se reciben los servicios de Teladoc™. Si recibe servicios presenciales o de telemedicina por parte de un proveedor de la red y no del proveedor de telesalud, pagará la distribución de costos enumerados para esos proveedores, tal como se indica en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su PCP, pagará la</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, sin importar su localización • Verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El registro no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible • Evaluación de video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o evaluación electrónica de registros de salud • Segunda opinión provista por otro proveedor de la red antes de la cirugía 	<p>distribución de costos del PCP).</p> <p>\$0 de copago por los servicios de consulta virtual brindados a través de Teladoc™.</p> <p>Tenga en cuenta que el copago anterior solo se aplica cuando Teladoc™ presta los servicios. Si recibe servicios presenciales o de telemedicina por parte de un proveedor de la red y no del proveedor de consultas virtuales, pagará la distribución de costos enumerados para esos proveedores, tal como se indica en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su PCP, pagará la distribución de costos del PCP).</p> <p>Pagará la distribución de costos que se aplica a los servicios especializados (tal como se describió arriba en “Servicios de</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, recomposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para recibir tratamiento de radiación para enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si fueran provistos por un médico) 	<p>Médicos y Profesionales, entre ellos, las idas al consultorio médico”).</p> <p>\$0 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p>Además de la distribución de costos anterior, habrá un copago y/o coseguro por Servicios Médicamente Necesarios cubiertos por Medicare para Equipos Médicos Duraderos y suministros, dispositivos protésicos y suministros, pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos, anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, medicamentos recetados de la Part D y medicamentos recetados de la Part B de Medicare, tal como se describe en esta Tabla de Beneficios.</p>



Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas condiciones médicas que afectan a los miembros inferiores 	\$0 de copago por servicios de podología cubiertos por Medicare.
<p> Exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA) 	<p>\$0 de copago por cada examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por la prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (excepto dentales) que reemplazan la totalidad o una parte del cuerpo o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos</p>	<p>\$0 de copago por prótesis o aparatos ortopédicos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para los suministros médicos</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico luego de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación y/o reemplazo de los dispositivos protésicos. También incluye ciertos tipos de cobertura luego de la extirpación o la cirugía de cataratas - para obtener más detalles, consulte la sección “Cuidado de la Visión” más adelante en esta sección.</p>	<p>cubiertos por Medicare, relacionados con dispositivos protésicos.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave con una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de diagnóstico y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes de él.</p> <p>Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento personal por año (si es competente y presta atención durante la sesión) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria autorizado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por el beneficio de atención preventiva de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de diagnóstico de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas que son elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen una historia de consumo de tabaco de al menos 30 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que es prestada por un médico o un especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier visita adecuada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o especialista no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para pruebas subsecuentes de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a las visitas de asesoramiento y toma de decisiones acerca de la LDCT cubiertas por Medicare.</p>
<p> Examen de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de diagnósticos para enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>y Hepatitis B. Estos exámenes de diagnóstico están cubiertos para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo más elevado de contraer una STI, cuando un proveedor de atención primaria ordena las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual personal de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (STI). Solo se cubrirán estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo, si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario y tienen lugar en un centro de cuidado primario, como el consultorio de un médico.</p>	<p>pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para evitar las STI cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar sobre cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que sean remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si usted es admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado especial) 	<p>\$0 de copago por los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para tratamientos de diálisis renal ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte "Cuidado hospitalario para pacientes internados" para conocer la distribución de costos</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para verificar su tratamiento de diálisis en el hogar, brindarle asistencia en emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua, cuando es necesario) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de medicamentos de la Part B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de los medicamentos de la Part B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Part B de Medicare”.</p>	<p>aplicable a los tratamientos de diálisis para pacientes internados.</p> <p>\$0 de copago por la capacitación de autodiálisis cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita al consultorio del PCP equipo de diálisis en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios de apoyo en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los suministros para la diálisis cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para una definición de “cuidado en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se llaman “SNF”).</p> <p>Hasta 100 días por período de beneficios de internación y servicios de cuidado especializado en un SNF o centro alternativo son servicios cubiertos cuando dichos servicios cumplen con las pautas de cobertura del plan y de Medicare. No se requiere una internación previa en un hospital. Los 100 días por período de beneficios incluyen los días en un SNF cubiertos por el plan, Original Medicare o cualquier otra organización de Medicare Advantage durante el período de beneficios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluyendo las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, ocupacional y del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado (incluyendo las sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como factores coagulantes de la sangre) • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza cuando se usa la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos comúnmente proporcionados por los SNF • Pruebas de laboratorio comúnmente proporcionadas por los SNF 	<p>\$0 de copago por día para los días 1 a 100 por la atención en un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare por período de beneficios.</p> <p>Paga todos los costos por cada día después del día 100.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que ingrese en un en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si usted va a un centro de enfermería especializada una vez que un período de beneficios ha finalizado, se iniciará un nuevo período de beneficios. No hay ningún límite para la</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología comúnmente proporcionados por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, comúnmente proporcionados por los SNF • Servicios de Médicos/Profesionales <p>Generalmente, usted recibirá su cuidado de un SNF en centros de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que deba recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de convalecencia o comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted haya estado residiendo justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione cuidado de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté residiendo en el momento en que usted deja el hospital. 	<p>cantidad de períodos de beneficios.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses, sin cargo para usted. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará la distribución de costos correspondiente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p> <p>\$0 de copago para sesiones adicionales para dejar de fumar.*</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p>Abandono adicional del tabaquismo:</p> <p>Nuestro plan también cubre hasta 5 visitas adicionales en línea y por teléfono de asesoramiento para dejar de fumar. Las visitas están disponibles a través de médicos capacitados e incluyen orientación sobre los pasos del cambio, planificación, asesoramiento y educación. Este beneficio solo está disponible a través de nuestro proveedor de telesalud Teladoc™. Para obtener más información, o para programar una cita, llame a Teladoc™ al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas</p> <p>Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para determinados miembros sin costo alguno para usted. Para calificar para estos beneficios usted debe cumplir con criterios específicos, incluyendo estar bajo tratamiento por una condición crónica que califique y determinado como de alto riesgo de hospitalización. Para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.</p> <p>Si cumple los requisitos, puede recibir los siguientes beneficios:</p> <p>Transporte No Médico:</p> <p>Si reúne los requisitos, puede recibir hasta 60 viajes no médicos de ida o de vuelta cada año a lugares no médicos aprobados por el plan para ayudarlo a realizar las tareas</p>	<p>Es posible que algunos beneficios no estén disponibles en determinadas ubicaciones.</p> <p>Transporte no médico:</p> <p>\$0 de copago por este beneficio.*</p> <p>Tarjeta Utility Flex:</p> <p>\$0 de copago por este beneficio.*</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>de la vida diaria y para apoyar un estilo de vida saludable. Algunos ejemplos de lugares aprobados incluyen tiendas de comestibles, centros comerciales, centros de aseo, gimnasios y centros de culto. Los viajes están limitados a 30 millas por trayecto y deben reservarse con el proveedor con, al menos, 72 horas de anticipación. Tenga en cuenta que debe utilizar el proveedor contratado de nuestro plan para que este servicio esté cubierto.</p> <p>Tarjeta Utility Flex:</p> <p>Si cumple los requisitos, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepaga con un límite de \$125 por mes para ayudar a cubrir el costo de los servicios públicos de su hogar. Este beneficio es para su uso exclusivo, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. Los dólares del beneficio de la tarjeta Utility Flex que no se utilicen vencerán al final de cada mes. Los servicios públicos aprobados para este beneficio incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de electricidad, gas, sanitarios y de agua • Servicio de telefonía fija • Servicio de televisión por cable • Determinados gastos derivados del petróleo <p>Si se determina que usted cumple los requisitos para el beneficio de la tarjeta Utility Flex, no recibirá una tarjeta Visa prepaga adicional por correo. Sus dólares de beneficios para los servicios públicos se añadirán automáticamente a su tarjeta de débito Visa prepaga recibida como parte del beneficio Flex Card.</p>	<p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Si no ha recibido su tarjeta visa Flex Card, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p> <p>Un reembolso está disponible en caso de falla de la tarjeta, o para usar con proveedores de servicios públicos elegibles que no aceptan Visa. Debe presentar un formulario de reclamación para el reembolso, junto con el recibo detallado original impreso de la ubicación del proveedor. Las reclamaciones se deben presentar dentro de 90 días de la fecha de compra en su recibo.</p> <p>Para ser elegible para recibir los beneficios enumerados anteriormente, debe estar bajo la administración de la atención y tener una o más enfermedades crónicas calificadas. Entre los ejemplos de condiciones crónicas calificativas se incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diabetes• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)• Enfermedad pulmonar crónica• Asma• Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)• Cáncer• Enfermedad coronaria (CAD) <p>Si cree que cumple con los requisitos y desea más información acerca de los beneficios anteriores y de cómo obtenerlos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este</p>	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
folleto) o consulte nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA .	
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar conformado en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que incluyan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Aplicarse por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado <p>La SET puede cubrirse por más de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de terapia de ejercicios supervisada cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de transporte (de rutina adicionales)</p> <p>Nuestro plan cubre el transporte terrestre que no es para emergencias dentro de nuestra área de servicios. Este beneficio está disponible para ayudarle a obtener atención y servicios médicamente necesarios.</p> <p>Los viajes están limitados a 75 millas en una sola dirección, a menos que hayan sido aprobados por el plan. Para programar viajes de rutina, llame con una anticipación mínima de 72 horas. Llame a cualquier hora para viajes urgentes. Determinados lugares pueden estar excluidos. Para obtener más información acerca de los lugares aprobados por el plan, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: a fin de estar cubiertos por el plan, los servicios de transporte médicamente necesarios deben recibirse de un proveedor de la red. Los vehículos pueden transportar múltiples ocupantes al mismo tiempo y pueden detenerse en ubicaciones distintas al destino del miembro durante el viaje. Asegúrese de consultar cualquier necesidad o preferencia especial al programar su recorrido.</p>	<p>\$0 de copago por viaje para 36 viajes de ida o vuelta cada año a los lugares aprobados por el plan.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista, sin carácter de emergencia, que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios urgentemente necesarios pueden brindarlos los proveedores de la red o</p>	<p>\$0 de copago por visitas de servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>No paga este monto si es admitido en el hospital</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>los proveedores fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente.</p>	<p>dentro de las 24 horas por la misma condición.</p>
<p>La distribución de costos para servicios urgentemente necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para esos servicios suministrados dentro de la red.</p>	<p>\$120 de copago por servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos.*</p>
<p>Los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos están cubiertos.</p>	<p>No se dispensa la distribución de costos por visita de servicios urgentemente necesarios a nivel mundial si lo internan para recibir atención hospitalaria.</p>
	<p>Usted está cubierto por hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.*</p>
	<p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>


Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) por anteojos/lentes de contacto • En el caso de las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de 50 años e hispanoamericanos a partir de 65 años • Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez al año • Un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nuestro plan cubre: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Las refracciones oculares cuando se proporcionan con el propósito de recetar artículos para la visión cubiertos por Medicare. ◆ El cargo de adaptación de lentes de contacto para lentes de contacto cubiertos por Medicare. <p>Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios suplementarios de la visión (es decir, de rutina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen ocular de rutina cada año. El examen ocular de rutina incluye una prueba de glaucoma para 	<p>\$0 de copago por el examen de retina cubierto por Medicare para los miembros diabéticos.</p> <p>\$0 de copago por el examen de diagnóstico de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por todos los demás exámenes oculares para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades oculares.</p> <p>\$0 de copago por los anteojos cubiertos por Medicare que, para nuestros miembros del plan, incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refracciones oculares con el propósito de recetar anteojos cubiertos por Medicare. • Adaptación de lentes de contacto para lentes de contacto

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>personas en riesgo de desarrollar glaucoma y un examen de retina para diabéticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pares ilimitados de anteojos con receta cada año. Un beneficio máximo de \$300 cada año para alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Lentes de anteojos únicamente o ○ Marcos de anteojos únicamente o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones de accesorios para la vista <p>Nota: El cargo de adaptación de lentes de contacto está cubierto por el plan.</p> <p>El monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$300 cada año se aplica al costo de venta minorista de marcos y/o lentes (que incluye cualquier opción de lentes, como tonalidades y revestimientos).</p> <p>Los anteojos cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo suplementario (es decir, de rutina).</p> <p>Nota: Usted es responsable de cualquier costo que exceda el máximo de \$300 por anteojos suplementarios (es decir, de rutina).*</p> <p>Nota: A fin de estar cubiertos por el plan, los servicios de la visión suplementarios (es decir, de rutina) deben recibirse de un proveedor participante. Los miembros no pueden usar su beneficio suplementario para anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Nota: La cobertura de los servicios de la visión de rutina es un beneficio suplementario ofrecido por el plan. Ni</p>	<p>cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios suplementarios de la visión (es decir, de rutina):</p> <p>\$0 de copago por 1 examen ocular de rutina por año.*</p> <p>\$0 de copago por anteojos de rutina por año.*</p> <p>*Si aplica la distribución de costos, los montos que pague por estos servicios no se sumarán a su monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicare ni Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.</p> <p>Si tiene preguntas acerca de cómo encontrar a un proveedor o quiere obtener más información, llame a nuestros Servicios para Miembros al 1-866-330-9368, TTY: 711.</p>	
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva por única vez “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluidos algunos exámenes de diagnóstico e inyecciones) y remisiones a otros cuidados, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que usted tiene Part B de Medicare. Cuando haga su cita, informe a la oficina de su médico de que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EKG cubierto por Medicare después del servicio preventivo “Bienvenido a Medicare”. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>\$0 de copago por cada EKG cubierto por Medicare después del servicio preventivo “Bienvenido a Medicare”.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios se cubren fuera del plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Hay servicios que no están cubiertos por Wellcare Dual Access (HMO D-SNP), pero que están disponibles a través de Medicaid. Si tiene preguntas acerca de la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) al 1-800-692-7462, los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-451-5886, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., hora del este.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección explica qué servicios están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

La siguiente tabla describe algunos servicios y conceptos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias.

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que figuran en el siguiente cuadro, excepto en las condiciones específicas enumeradas. La única excepción: pagaremos si se determina, como resultado de una apelación, que un servicio de la siguiente tabla es un servicio médico que debe ser pagado o cubierto debido a su situación particular (para obtener información sobre apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en la Tabla de Beneficios Médicos o en la siguiente tabla.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">Cobertura para el dolor lumbar crónico</p>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama tras una mastectomía, así como de la mama no afectada, para obtener una apariencia simétrica.</p>
<p>La atención de custodia es la atención que se brinda en un centro de convalecencia, un centro de atención para pacientes terminales u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o cuidado de enfermería especializada.</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, y que se brinda para ayudarle con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.</p>	<p>✓</p>	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales médicos y quirúrgicos.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden tener cobertura en Original Medicare o como parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, Sección 5).</p>
<p>Las tarifas impuestas para atención por parientes directos o miembros de su familia.</p>	✓	
<p>*Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.</p>	✓	
<p>Comidas entregadas a domicilio</p>		✓
<p>Los servicios de asistentes de tareas domésticas incluyen la asistencia básica en el hogar, incluyendo la limpieza simple o la preparación de comidas ligeras.</p>	✓	
<p>Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).</p>	✓	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado forma parte de una pierna ortopédica y está incluido en su costo, o el calzado es para una persona con enfermedad de pie diabético.</p>
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.</p>
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Cuidado quiropráctico de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para corregir deficiencias visuales.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Tienen cobertura el examen ocular y un par de anteojos o lentes de contacto para las personas después de la cirugía de cataratas.</p>
Cuidado de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p>
Servicios considerados no razonables y necesarios conforme a las normas de Original Medicare	✓	
Dispositivos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado ortopédico o terapéutico para personas que padecen de pie diabético.</p>

CAPÍTULO 5

Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

SECCIÓN 1	Introducción	153
Sección 1.1	Este Capítulo describe la cobertura para los medicamentos de la Part D	153
Sección 1.2	Las normas básicas de cobertura de medicamentos de la Part D del plan	154
SECCIÓN 2	Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	155
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red	155
Sección 2.2	Encontrar farmacias de la red	156
Sección 2.3	Utilizar los servicios de pedidos por correo del plan	157
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	159
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?	160
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	162
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Part D se encuentran cubiertos	162
Sección 3.2	Existen seis “niveles de distribución de costos” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos	164
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?	165
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	165
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	165
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?	166
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	167

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?	168
Sección 5.1	Existen alternativas que puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que desea	168
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?	169
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?	172
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	173
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	173
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	173
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	176
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura	176
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando se abastezca una receta	178
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	178
Sección 8.2	¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?	178
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Part D en situaciones especiales	179
Sección 9.1	¿Qué ocurre si está en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?	179
Sección 9.2	¿Qué ocurre si usted es un residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?	179
Sección 9.3	¿Qué ocurre si también recibe una cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?	180
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales certificado por Medicare?	181

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos.....	182
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad	182
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides	182
Sección 10.3	Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	184

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D



¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener “Ayuda Adicional”, que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Puesto que está en el programa de “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Part D no le corresponda.** Le hemos enviado un folleto adicional denominado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también conocido como “Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS Rider”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite el “LIS Rider”. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este Capítulo describe la cobertura para los medicamentos de la Part D
-------------	--

Este capítulo **explica las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Part D.** El siguiente capítulo le informa lo que usted paga por los medicamentos de la Part D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Part D, nuestro plan también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Part A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le administran durante las internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios de la Part B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluso determinados medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*), explica los beneficios y costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en el hospital o un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Part B.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Si usted recibe servicio de atención para pacientes terminales de Medicare, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Part A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas y que, por lo tanto, no están cubiertos por su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre cobertura de atención para pacientes terminales, vea la sección sobre atención para pacientes terminales del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*).

Las siguientes secciones se refieren a la cobertura de sus medicamentos de acuerdo con las reglas de beneficios de la Part D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Part D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Part D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. (La información de contacto de Servicios para Miembros se encuentra en la contraportada de este folleto).

Sección 1.2	Las normas básicas de cobertura de medicamentos de la Part D del plan
--------------------	--

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Usted debe solicitar a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que expide recetas) que le expida su receta.
- El profesional que expide recetas debe aceptar Medicare o bien presentar documentación ante CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas. De lo contrario, su reclamo de la Part D será rechazada. En su próxima llamada o visita, usted debe preguntar a los profesionales que expiden recetas si cumplen esta condición. Si no es así, por favor tenga en cuenta que a su profesional que expide recetas le tomará un cierto tiempo presentar la documentación necesaria para su procesamiento.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta. (Consulte la Sección 2, *Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan (la denominamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ya sea está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o es respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Part D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen una distribución de costos estándar y una farmacia de servicio por correo que ofrece una distribución de costos preferida. Usted puede ir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Su distribución de costos puede ser menor en una farmacia de servicio por correo que ofrece una distribución de costos preferida.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D**Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red****¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwellPA) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. No obstante, los costos por sus medicamentos cubiertos pueden ser incluso más bajos si utiliza la farmacia de servicio por correo de la red que ofrece una distribución de costos preferida en lugar de una farmacia de la red que ofrece una distribución de costos estándar. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indicará qué farmacia con servicios de envío por correo de la red ofrece una distribución de costos preferencial. Si se comunica con nosotros, podrá saber más cómo sus gastos de bolsillo podrían ser distintos para medicamentos diferentes. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ya estaba tomando, puede solicitarle a un proveedor que le haga una receta nueva o que transfieran la receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué debe hacer si la farmacia que ha estado utilizando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja de pertenecer a la red del plan, usted deberá encontrar una nueva farmacia que sí pertenezca a la red. O si la farmacia que ha estado utilizando se mantiene en la red, pero ya no es una farmacia que ofrece distribución de costos preferencial, puede querer cambiar a otra farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, usted puede solicitar ayuda a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellPA.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben dispensarse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Normalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Part D a través de las farmacias de nuestra red de centros de LTC, que por lo general es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Part D en un centro de LTC, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que atienden el Programa de Salud para Comunidades Indígenas/Tribales/Urbanas (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Utilizar los servicios de pedidos por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son aquellos que usted toma de forma regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están señalados como “**NM**” en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo enviar sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web (los números de teléfono y la dirección del sitio web están en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Normalmente, un pedido a la farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 14 días. Si su pedido se retrasa, póngase en contacto con Servicios para Miembros para obtener ayuda. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

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

La farmacia completará y enviará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención de salud, sin confirmarlo antes con usted, en caso de que:

- Usted haya utilizado servicios de envío por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las prescripciones nuevas ahora o en cualquier momento contactando a Servicios para Miembros del servicio de pedidos por correo al 1-888-624-1139 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O ingrese a [caremark.com](https://www.caremark.com).

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

Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo anteriormente y no quiere que la farmacia complete automáticamente y envíe cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros de pedidos por correo al 1-888-624-1139; (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O ingrese a [caremark.com](https://www.caremark.com).

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de los pedidos por correo y/o decide cancelar el resurtido automático de nuevas prescripciones, la farmacia contactará con usted cada vez que reciba nuevas prescripciones de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que la medicación sea enviada inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la concentración, el monto y la forma) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que, cada vez que la farmacia se comuniquen con usted, usted responda para informarles qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de las recetas nuevas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros de pedidos por correo al 1-888-624-1139; (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O ingrese a caremark.com.

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en el programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está cerca del momento en que se le terminará su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada renovación para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos, y usted puede cancelar las renovaciones programadas si tiene una cantidad de medicamento suficiente o si este se ha cambiado. Si usted opta por no utilizar nuestro programa de resurtido automático, por favor comuníquese con su farmacia de 10 a 14 días antes del momento en que usted piensa que se le terminarán los medicamentos. De esta manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para dejar de utilizar el programa que prepara automáticamente los reabastecimientos de pedidos por correo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo:

- CVS Caremark: 1-888-624-1139 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, por favor asegúrese de informar a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted. Debe verificar su información de contacto cada vez que realice un pedido, en el momento de inscribirse en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

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

Cuando usted adquiere un suministro a largo plazo de medicamentos, su distribución de costos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de los medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de forma regular para una condición médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

1. **Algunas farmacias de venta minorista** 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 ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están señalados como **“NM”** en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de pedidos por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?
--------------------	--

En determinadas situaciones, su receta podría estar cubierta

Por lo general, ofrecemos la cobertura si se abastecen los medicamentos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios en las cuales usted puede obtener sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, a continuación se indican las circunstancias en las que cubrimos recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red:

Viajes: cómo obtener cobertura cuando usted está de viaje o lejos del área de servicios del plan.

- Si usted toma un medicamento recetado de forma regular y va a viajar, asegúrese de tener una cantidad suficiente antes de iniciar el viaje. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Posiblemente pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.
- Si usted va a viajar dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se le terminan sus medicamentos recetados, cubriremos el costo de recetas abastecidas por una farmacia fuera de la red. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo completo (en vez de pagar solo su copago o coseguro)

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

al abastecer su receta. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta dispensada por una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobra por su receta. Para saber cómo presentar un reclamo de reembolso, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7, Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.

- También puede llamar a Servicios para Miembros para saber si hay alguna farmacia de la red en el área por la que usted está viajando.
- No podemos pagar ningún medicamento recetado que sea abastecido por farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en casos de emergencia médica.

Emergencia Médica: ¿qué ocurre si necesito una receta debido a una emergencia médica o porque necesité atención de urgencia?

- Cubriremos los medicamentos recetados abastecidos en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención recibida durante una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo completo (en vez de pagar solo su copago o coseguro) al abastecer su receta. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta dispensada por una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobra por su receta. Para saber cómo presentar un reclamo de reembolso, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7, Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.

Situaciones adicionales: en otras ocasiones, puede obtener sus recetas cubiertas si va a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos sus recetas en una farmacia fuera de la red si ocurre al menos uno de los siguientes casos:
 - Si usted no puede obtener a tiempo un medicamento cubierto dentro de nuestra área de servicios debido a que no existen farmacias de la red, dentro de una distancia de conducción razonable, que atienda durante las 24 horas.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

- Si está tratando de obtener un medicamento recetado que no está disponible en forma regular en una farmacia de venta minorista de la red o en una farmacia de pedidos por correo accesible (incluidos medicamentos de alto costo o únicos).
 - Si usted está adquiriendo una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por la Part B de Medicare y algunos medicamentos cubiertos que se le administran en el consultorio de su médico.
- Para todas las situaciones enumeradas anteriormente, usted puede recibir un suministro de medicamentos recetados de hasta 30 días. Además, probablemente tenga que pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y presentar documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Por favor asegúrese de incluir una explicación de por qué usted utilizó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará a procesar su solicitud de reembolso.

En estas situaciones, **verifique primero con Servicios para Miembros** si hay una farmacia de la red cerca de usted. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo debe solicitar el reembolso al plan?

Si usted debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar todo el costo cuando dispense la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, explica cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” le indica qué medicamentos de la Part D se encuentran cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos la “**Lista de Medicamentos**” para abreviar.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en la Part D de Medicare (antes en este capítulo, en la Sección 1.1, se explican los medicamentos de la Part D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, póngase en contacto con Servicios para Miembros. (La información de contacto de Servicios para Miembros se encuentra en la contraportada de este folleto).

En general, cubriremos un medicamento que esté en la Lista de Medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y si el uso del medicamento es para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que *ya sea*:

- Aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual se receta).
- o -- Respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, es tan eficaz como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para numerosos medicamentos de marca.

¿Qué es lo que *no* se encuentra en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley prohíbe a cualquier plan de Medicare cubrir ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.
- Los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid no están en la Lista de Medicamentos. Contáctese con Servicios para Miembros para obtener información sobre medicamentos cubiertos por Medicaid (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	Existen seis “niveles de distribución de costos” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos
--------------------	---

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está incluido en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- El Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos) incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- El Nivel 2 (Medicamentos Genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- El Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye los medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- El Nivel 5 (Nivel Especializado) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior. Este es el nivel más alto de distribución de costos.
- El Nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar condiciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel de distribución de costos más bajo.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la Lista de Medicamentos del plan.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

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

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

Hay tres formas de saberlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente.
2. Visite el sitio web del plan (www.wellcare.com/allwellPA). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento concreto está incluido en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

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

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan puede cubrirlos. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollan estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que a su vez mantiene su cobertura de medicamentos más asequible.

En general, nuestras reglas le ayudarán a obtener un medicamento que funciona para su condición médica y es seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo sea médicamente tan eficaz como uno de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentar a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo. También debemos cumplir las normas y reglamentaciones de Medicare respecto a la cobertura de medicamentos y la distribución de costos.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Si existe una restricción para su medicamento, esto generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si usted desea que no apliquemos la restricción en su caso, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no acceder a no aplicar la restricción en su caso. (Para obtener información sobre solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 7.2).

Por favor tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a diferentes restricciones o a que puede aplicarse la distribución de costos según factores tales como concentración, cantidad o forma de presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día; tabletas en comparación con forma líquida).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a emplear los medicamentos de la manera más eficaz. Las secciones a continuación le proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se dispone de una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” actúa de igual manera que un medicamento de marca y regularmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando la versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red se la ofrecerán.** Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informó sobre la razón médica por la que el medicamento genérico u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición no serán efectivos para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento para usted. A veces, el requisito de obtener la “**aprobación previa**” ayuda a orientar el uso apropiado de ciertos

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento puede no ser cubierto por el plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y B tratan la misma condición médica, y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un fármaco diferente se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir limitando la cantidad que puede recibir cada vez que le dispensan su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si desea obtener información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwellPA).

Si existe una restricción para su medicamento, esto generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción para el medicamento que usted desea tomar, debe comunicarse con Servicios para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. Si usted desea que no apliquemos la restricción en su caso, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no acceder a no aplicar la restricción en su caso. (Para obtener información sobre solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 7.2).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?****Sección 5.1 Existen alternativas que puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que desea**

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione adecuadamente para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o alguno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos o que sí está incluido, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento tal vez puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar no tiene cobertura.
- El medicamento tiene cobertura, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de este medicamento. Como ya se explicó en la Sección 4, algunos medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que primero pruebe un medicamento diferente para determinar si actúa adecuadamente, antes de que el medicamento que usted quiere tomar sea cubierto por el plan. O puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que el plan cubrirá durante un determinado período. En algunos casos, es posible que usted desee que no le apliquemos la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace su distribución de costos más elevada de lo que usted cree que debería ser. El plan clasifica cada medicamento cubierto en uno de seis diferentes niveles de distribución de costos. Lo que usted paga por su receta depende en parte del nivel de distribución de costos en el que se encuentra su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tenga usted:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para informarse sobre lo que puede hacer.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

- Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace su costo más elevado de lo que usted cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para informarse sobre lo que puede hacer.

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

Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí se explica lo que usted puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor más tiempo para cambiar a otro medicamento, o para presentar una solicitud a fin de recibir cobertura para el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento en caso de que su medicamento no esté en la Lista de Medicamentos o esté restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor respecto al cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

1. El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está incluido en la Lista de Medicamentos del plan.**
- o -- el medicamento que ha estado tomando está **ahora restringido de alguna manera** (en la Sección 4 de este capítulo se explican estas restricciones).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para los miembros nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un nuevo miembro y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año pasado.**

Este suministro temporal será para un máximo de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días en una farmacia de cuidados a largo plazo. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios abastecimientos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 30 días en una farmacia minorista, o de hasta 31 días en una farmacia de cuidados a largo plazo. La receta debe abastecerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más reducidas en determinados momentos para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que hayan estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento concreto, o menos si su receta cubre menos días. Esto es adicional al caso anterior de suministro temporal.

- **Para los miembros actuales del plan que se trasladan de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) o de una estancia hospitalaria a su domicilio y necesitan un suministro temporal de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 30 días o menos si su receta está indicada para menos días (permitiremos varios abastecimientos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 30 días).

- **Para los miembros actuales del plan que se trasladan de casa o de una estancia hospitalaria a una instalación de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro temporal de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días (permitiremos varios abastecimientos para proporcionar un suministro del medicamento de hasta 31 días).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma. Las secciones que figuran a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience hablando con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría actuar con la misma eficacia para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desearía. Si su proveedor le indica que usted tiene razones médicas que justifican que solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no figure en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que usted toma será retirado de la lista de medicamentos o restringido de alguna manera para el próximo año, nosotros le permitiremos solicitar con anticipación una excepción a la lista de medicamentos para el próximo año. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo, y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que expide recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea procesada sin demora y con imparcialidad.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted cree que es demasiado alto?
--------------------	--

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado alto, aquí se explica lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que usted considera demasiado alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de distribución de costos más bajo que podría actuar con la misma eficacia para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted. (Los números telefónicos del Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción con el nivel de distribución de costos del medicamento, de modo que usted pague menos por él. Si su proveedor le indica que usted tiene razones médicas que justifican que solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea procesada sin demora y con imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 (Nivel Especializado) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de distribución de costos de los medicamentos que se encuentran en este nivel.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno 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 producen al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Se dispone de nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento ya existente. A veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha determinado que es ineficaz.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?**Información sobre cambios a la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos las ocasiones en que pudiera recibir una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando en ese momento. Para obtener más información, también puede llamar a

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarle este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas)**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de distribución de costos o uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de distribución de costos más alto o agregar nuevas restricciones o ambos.
 - Es posible que no le informemos con anticipación del cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
 - Usted o su profesional que expide recetas pueden solicitar que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).
 - Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de realizar el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado del mercado repentinamente porque se ha determinado que no es seguro o por otros

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

motivos. Si esto ocurre, lo eliminaremos de la Lista de Medicamentos del plan. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio de inmediato.

- Su profesional que expide recetas también será informado sobre este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos**

- Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, o cambiar el nivel de distribución de costos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle al menos 30 días antes sobre el cambio o darle una notificación del cambio y un resurtido del medicamento que está tomando por 30 días en una farmacia de la red.
- Después de recibir la notificación del cambio, usted debe trabajar con su profesional que expide recetas para cambiar a un medicamento distinto que cubramos.
- O usted y su profesional que expide recetas pueden solicitar al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: para los cambios a la Lista de Medicamentos no descritos anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año, si usted continúa en el plan:

- Si trasladamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto
- Si aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Si cualquiera de estos cambios ocurre para un medicamento que usted está tomando, (pero no debido a un retiro del mercado, reemplazo de un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio descrito en las secciones anteriores), dicho cambio no afectará su uso del medicamento o lo que paga como parte de su costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es muy probable que usted no vea ningún aumento en sus pagos ni tampoco la incorporación de ninguna restricción al uso de su medicamento. Este año no recibirá una notificación directa sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de Medicamentos del nuevo año de beneficios para revisar si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura
--------------------	--

En esta sección se indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos medicamentos que estén listados en esta sección (a excepción de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos). La única excepción: si se determina tras una apelación que el medicamento solicitado no está excluido de la Part D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por Medicaid, debe pagarlo por su cuenta.

Aquí presentamos tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Part D:

- La cobertura de medicamentos de la Part D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a la Part A o la Part B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan usualmente no cubre el uso fuera de lo indicado. El “uso fuera de lo indicado” es todo uso que se le dé a un medicamento distinto de los indicados en su etiqueta, según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

- Generalmente, se permite la cobertura para “uso fuera de lo indicado” solo cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de lo indicado”.

Además, según la ley, las categorías de medicamentos listadas a continuación no tienen cobertura de Medicare ni de Medicaid. planes de medicamentos. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos tengan la cobertura de su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener información acerca de los medicamentos recetados cubiertos por sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se utilizan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para aliviar síntomas de tos o resfríos
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar
- Vitaminas y productos minerales con receta, a excepción de las vitaminas prenatales y los preparados con fluoruro
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para tratar la anorexia, para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante procura exigir, como condición de venta, que se adquieran pruebas o servicios de monitoreo asociados exclusivamente del fabricante

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura mejorada de medicamentos). Cubrimos algunos medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. Estos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad. El monto que usted paga cuando se abastece de una receta para estos medicamentos no se considera para que califique a la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. (La Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

Además, si está **recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará por los medicamentos que normalmente no se cubren. (Consulte la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener más información. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.) Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Por favor comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando se abastezca una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía
--

Para obtener su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted haya elegido. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al retirar su receta. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid para obtener medicamentos de prescripción cubiertos bajo Medicaid.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?
--

Si usted no tiene su tarjeta de membresía del plan al abastecer su receta, puede solicitar a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo completo de la receta al abastecerla**. (Después puede **solicitarnos** que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1, si desea obtener información sobre cómo solicitar un reembolso de nuestro plan).

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Part D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?**

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan sobre las reglas para obtener la cobertura de los medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D*) ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y qué paga usted.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted es un residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un centro de convalecencia) cuenta con su propia farmacia o con alguna que le suministre los medicamentos para todos sus pacientes. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que esta pertenezca a nuestra red.

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si no es así, o si necesita más información, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y se inscribe como nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan le cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su receta cubre menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de cuidado a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

reducidas en determinados momentos para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta cubre menos días.

Durante el tiempo que esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría actuar con la misma eficacia para usted. O usted y su proveedor también pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la forma que usted desearía. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo.

Sección 9.3	¿Qué ocurre si también recibe una cobertura de medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?
--------------------	---

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

En general, si actualmente está empleado, la cobertura para medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de un empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial acerca de la ‘cobertura acreditable’:

Cada año su empleador o el grupo de personas jubiladas debe enviarle una notificación informándole si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones de cobertura de medicamentos que tiene.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que debería pagar, en promedio, por lo menos la misma cantidad que una cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlas más adelante. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

medicamentos de la Part D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha tenido una cobertura acreditable. Si usted no recibió una notificación sobre cobertura acreditable del plan del empleador o plan grupal para personas jubiladas, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de personas jubiladas o del empleador o el sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para pacientes terminales certificado por Medicare?
--------------------	---

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de atención para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito para recibir atención para pacientes terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, laxante, para el dolor o contra la ansiedad que no está cubierto por su centro de atención para pacientes terminales porque no tiene relación con su enfermedad terminal y con las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación ya sea del profesional que expide recetas o del proveedor de su centro de atención para pacientes terminales que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, usted puede solicitar al proveedor de su atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que se asegure de que seamos notificados de que dicho medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que dispense su receta.

En caso de que usted revoque la elección del centro de atención para pacientes terminales o sea dado de alta del centro de atención para pacientes terminales, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar a la farmacia documentación que verifique su revocación o su dada de alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que se refieren a las normas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Part D del Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D*) ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

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

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

Para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo un cuidado seguro y apropiado, llevamos a cabo revisiones de utilización de medicamentos. Estas revisiones son especialmente importantes en el caso de los miembros que tienen más de un proveedor que les recetan sus medicamentos.

Cada vez que usted obtiene una receta, nosotros realizamos una revisión. También revisamos nuestros registros en forma periódica. Durante estas revisiones, descartamos que existan problemas potenciales como:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían resultar perjudiciales si se toman al mismo tiempo
- Recetas por medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor

Si identificamos un posible problema en el uso de sus 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 de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que con

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

frecuencia son objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que recibe estos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si pensamos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explique las limitaciones que creemos que son aplicables a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su profesional que expide recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados de atención para pacientes terminales, cuidados paliativos o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud.

Este programa es gratis y de asistencia voluntaria para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el beneficio máximo de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y deben afrontar costos de medicamentos altos o están en un DMP para ayudar a miembros a usar opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de Administración de Farmacoterapia (MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Usted puede consultar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sobre sus costos y cualquier problema o duda que tenga acerca de su receta y medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda cómo se puede hacer el mejor uso de sus medicamentos, e incluye un espacio para que usted tome notas o anote cualquier pregunta de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente programar su revisión de medicamentos antes de su visita “de bienestar” anual, de modo que usted pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, junto con su ID) en caso que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos de manera automática en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar,

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D

notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Lo que usted paga por sus medicamentos
recetados de la Part D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

SECCIÓN 1	Introducción	189
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que expliquen la cobertura de sus medicamentos.....	189
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos.....	190
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento dependerá de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre en el momento de adquirir el medicamento.....	191
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de nuestro plan?	191
SECCIÓN 3	Le enviamos informes para explicarle los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	193
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado “ <i>Explicación de Beneficios de la Part D</i> ” (la “EOB de la Part D”)	193
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener la información actualizada sobre sus pagos de medicamentos	194
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.....	195
Sección 4.1	Permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$480 por sus medicamentos del Nivel 2, 3, 4 y 5.....	195
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya	196
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde abastezca la receta.....	196
Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante un <i>mes</i>	198
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes, es probable que no deba pagar el costo total del suministro de un mes	203
Sección 5.4	Esta tabla muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (de 61 a 90 días) de un medicamento	204

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$4,430.	207
SECCIÓN 6	Durante la Etapa Sin Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos	208
Sección 6.1	Usted permanecerá en la Etapa sin Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$7,050.....	208
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados	208
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	211
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, usted permanecerá en esta etapa por lo que resta del año	211
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Part D depende de cómo y dónde las obtiene	212
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para vacunas de la Part D y para el costo de aplicación de la vacuna	212
Sección 8.2	Quizás desee llamar a Servicios para Miembros antes de vacunarse	214



¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener “Ayuda Adicional”, que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos recetados. Puesto que está en el programa de “Ayuda Adicional”, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Part D* no le corresponda.** Le hemos enviado un folleto adicional denominado “Modificación de la *Evidencia de Cobertura* para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también conocido como “Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS Rider”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite el “LIS Rider”. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que expliquen la cobertura de sus medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D. Para simplificar las cosas, usamos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a los medicamentos recetados de la Part D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Part D; algunos se excluyen de la cobertura de la Part D en virtud de la ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Part D están cubiertos por la Part A o Part B de Medicare o por Medicaid. Además, algunos medicamentos exceptuados pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted ha adquirido cobertura suplementaria de medicamentos.

Para comprender la información de pago provista en este capítulo, es necesario que usted conozca los conceptos básicos de cuáles son los medicamentos cubiertos, dónde abastecer sus recetas y qué reglas debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan.** Para simplificar, la llamamos la “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicamentos le informa sobre qué medicamentos están cubiertos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

- También indica en cuál de los seis “niveles de distribución de costos” se encuentra un medicamento y si se aplican restricciones a su cobertura.
- Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en [Pennsylvania Medical Assistance \(Medicaid\)](#). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 ofrece detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir cuando usted obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también incluye los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Proveedores y Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones debe usar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (ver Capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de la red del plan. También indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (como abastecer una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Para comprender la información de pago que proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se llama “distribución de costos” y hay tres formas en las que se le puede pedir el pago.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte correspondiente.
- “**Copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que abastece una receta.
- “**Coseguro**” es un porcentaje que usted paga del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento dependerá de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre en el momento de adquirir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de nuestro plan?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen “etapas de pago del medicamento” para la cobertura de medicamentos recetados de la Part D de Medicare de nuestro plan. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentre al abastecer o reabastecer una receta.

Etapa 1 <i>Deducible Anual</i> <i>Etapa</i>	Etapa 2 <i>Cobertura inicial</i> <i>Etapa</i>	Etapa 3 <i>Brecha de cobertura</i> <i>Etapa</i>	Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura</i> <i>en Caso de</i> <i>Catástrofe</i>
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5.</p> <p>Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$480 por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 (\$480 es el monto de su deducible de los Niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y 6 y usted paga su parte del costo.</p> <p>Luego de que usted (u otra persona en su nombre) haya alcanzado su deducible para el Nivel 2, 3, 4 y 5, el plan pagará una parte de los costos de sus medicamentos del</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de preparación) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare ha establecido este monto y las normas</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2022).</p>

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Etapa 1 <i>Deducible Anual</i> <i>Etapa</i>	Etapa 2 <i>Cobertura inicial</i> <i>Etapa</i>	Etapa 3 <i>Brecha de cobertura</i> <i>Etapa</i>	Etapa 4 <i>Etapa de Cobertura</i> <i>en Caso de</i> <i>Catástrofe</i>
<p>medicamentos recetados, su monto de deducible será \$0 o \$99, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el folleto independiente, el “LIS Rider”, para obtener información sobre su monto deducible).</p> <p><i>Si su deducible es \$0:</i> esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p><i>Si su deducible es \$99:</i> usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, 3, 5 y 5 hasta que haya pagado \$99 por sus medicamentos.</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Nivel 2, 3, 4 y 5, y usted paga la otra.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus “costos totales por medicamentos” (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Part D) del año hasta la fecha alcanzan un total de \$4,430.</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>para llegar a dicho monto.</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 6 de este capítulo).</p>	

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Part D” (la “EOB de la Part D”)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos efectuados por usted al abastecer o reabastecer una receta en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuándo usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos el seguimiento de dos tipos de costos en particular:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado usted. Esto se denomina sus **“gastos de bolsillo”**.
- Hacemos un seguimiento de sus **“costos totales por medicamentos”**. Este es el monto que usted u otras personas en su nombre pagan de su bolsillo más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Part D* (a veces denominado “EOB de la Part D”) cuando usted haya abastecido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Part D proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, tales como aumentos en el precio y otros medicamentos con una menor distribución de costos que pueden estar disponibles. Debe consultar con el profesional que expide sus recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Part D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe ofrece los detalles del pago de las recetas que usted haya abastecido durante el mes anterior. Incluye los costos totales por medicamentos, la cantidad pagada por el plan, y lo que usted u otras personas en su nombre hayan pagado.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información “hasta la fecha”. Allí se indican los costos totales por medicamentos y los pagos totales realizados por sus medicamentos desde el principio del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer abastecimiento para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos que tienen una distribución de costos menor para cada reclamación de receta que puede estar disponible.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener la información actualizada sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	---

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos realizados por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Esta es la manera en que usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía al abastecer una receta.** Para asegurarse de que estemos informados sobre las recetas que usted abastece y de lo que paga, muestre su tarjeta de membresía cada vez que abastezca una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Es posible que en ocasiones usted pague por sus medicamentos recetados cuando no recibimos de manera automática la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo, usted puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos adquiridos. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, incluimos algunas situaciones en las que usted tal vez desee proporcionar las copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que dispongamos de un registro completo de lo que usted ha gastado en medicamentos:
 - Cuando usted adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan
 - Cuando usted realiza un copago por medicamentos que son proporcionados por un programa de asistencia a pacientes de un fabricante de medicamentos
 - Cada vez que usted haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizaron por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones también se consideran

para sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para obtener la cobertura para catástrofes. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Usted debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Consulte el informe escrito que le enviamos. Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Part D* (una EOB de la Part D) por correo, revísela para asegurarse de que la información contenida esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o tiene alguna pregunta, por favor llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). *En lugar de recibir una Explicación de Beneficios de la Part D (EOB de la Part D) en papel vía correo, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica de su EOB de la Part D.* Puede solicitarlo visitando Caremark.com. Si decide solicitar la promoción, recibirá un correo electrónico cuando su eEOB esté listo para ver, imprimir o descargar. Los EOB electrónicos también se denominan EOB de la Part D digitales. Los EOB de la Part D digitales son copias exactas (imágenes) de los EOB de la Part D impresos **Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.**

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$480 por sus medicamentos del Nivel 2, 3, 4 y 5.

La mayoría de los miembros de nuestro plan reciben “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados, por lo que la Etapa de Deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda Adicional”, el monto de su deducible depende del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba, usted tendrá que optar por:

- No pagar un deducible
- --o-- Pagar un deducible de \$99.

Consulte el folleto adicional (el “LIS Rider”) para obtener información sobre su monto deducible.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Si no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducible es la primera etapa del pago de su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$480 por medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5** hasta alcanzar el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos no tendrá que pagar ningún deducible y comenzarán a estar cubiertos de inmediato.

- Por lo general, su "**costo total**" será menor que el precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" se refiere al monto que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D antes de que el plan comience a pagar su parte correspondiente.

Una vez que haya pagado \$480 por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5, usted deja la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, la cual es la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde abastezca la receta
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos por medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto del copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde abastece su receta.

El plan tiene seis niveles de distribución de costos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está incluido en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de distribución de costos, tanto más alto será el costo del medicamento para usted:

- El Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos) incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

- El Nivel 2 (Medicamentos Genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- El Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye los medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.
- El Nivel 5 (Nivel Especializado) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior. Este es el nivel más alto de distribución de costos.
- El Nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar condiciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel de distribución de costos más bajo.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento en:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece distribución de costos estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece distribución de costos preferida
- Una farmacia que no pertenezca a la red del plan
- La farmacia de pedidos por correo del plan

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

Por lo general, las recetas se cubren *solo* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen distribución de costos preferencial. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen distribución de costos preferencial o a otras farmacias de la red que ofrecen distribución de costos estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen distribución de costos preferencial.

Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante un <i>mes</i>
--------------------	---

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

- **“Copago”** es un monto fijo que usted paga cada vez que abastece una receta.
- **“Coseguro”** es un porcentaje que usted paga del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende de cuál es el nivel de distribución de costos en que esté su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo de su medicamento cubierto es inferior al copago indicado en la tabla, pagará el precio más bajo. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.
- Cubrimos las recetas dispensadas por farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos las recetas abastecidas en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando usted obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Part D:

Si los copagos de la tabla que aparece a continuación son menores al copago que recibe a través de su “Ayuda Adicional”, usted pagará el copago del plan. **Tenga en cuenta:** el copago del plan puede ser más bajo en una farmacia de pedidos por correo de la red que ofrezca distribución de costos preferencial.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Nivel	Distribución de costos de pedidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 30 días)	Distribución de costos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (un suministro por hasta 30 días)
Nivel 1 de Distribución de Costos (Medicamentos genéricos preferidos: incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de Distribución de Costos (Medicamentos Genéricos: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	\$7	\$7	\$7	\$7	\$7

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Nivel	Distribución de costos de pedidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 30 días)	Distribución de costos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (un suministro por hasta 30 días)
Nivel 3 de Distribución de Costos (Medicamentos de Marca Preferidos: incluye los medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	\$42	\$42	\$42	\$42	\$42
Nivel 4 de Distribución de Costos (Medicamentos No Preferidos: incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos).	50%	50%	50%	50%	50%

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Nivel	Distribución de costos de pedidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 30 días)	Distribución de costos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (un suministro por hasta 30 días)
Nivel 5 de Distribución de Costos (Nivel de especialidad: incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior).	25%	25%	25%	25%	25%

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Nivel	Distribución de costos de pedidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 30 días)	Distribución de costos de cuidado a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (un suministro por hasta 30 días)
Nivel 6 de Distribución de Costos (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar condiciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos de menos de un mes. Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico acerca de recetarle un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando por primera vez está probando un medicamento que, según la información conocida, causa efectos secundarios). Si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo, usted no tendrá que pagar por el suministro del mes completo para ciertos medicamentos.

El monto que usted paga cuando recibe un suministro para menos de un mes completo depende de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted debe pagar el coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de si la receta es para un suministro de un mes o para menos días. Sin embargo, debido a que todo el costo del medicamento será más bajo si obtiene un suministro de menos de un mes completo, el *monto* que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento que usted reciba. Calcularemos el monto que usted paga por día para su medicamento (la “tarifa de distribución de costos diaria”) y la multiplicaremos por el número de días del suministro del medicamento que reciba.
 - Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo de su medicamento (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que usted paga por día para su medicamento es \$1. Si usted recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, un pago total de \$7.

La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento sea efectivo en su caso antes de tener que pagar por el suministro para un mes completo. También puede solicitar a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de uno o más medicamentos para menos de un mes, si es que esto le ayudará a planificar mejor la fecha de resurtido de distintas recetas y hacer menos viajes

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

a la farmacia. El monto que pague dependerá de los días del suministro que usted reciba.

Sección 5.4	Esta tabla muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (de 61 a 90 días) de un medicamento
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. El suministro a largo plazo es de 61 a 90 días. (Si desea obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene el suministro a largo plazo (de 61 a 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta: Si el costo de su medicamento cubierto es inferior al copago indicado en la tabla, pagará el precio más bajo. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea más bajo*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado de la Part D con cobertura:

Nivel	Distribución de costos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 61 a 90 días)
Nivel 1 de Distribución de Costos (Medicamentos genéricos preferidos: incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	\$0	\$0	\$0

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Nivel	Distribución de costos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 61 a 90 días)
Nivel 2 de Distribución de Costos (Medicamentos Genéricos: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	\$21	\$21	\$0
Nivel 3 de Distribución de Costos (Medicamentos de Marca Preferidos: incluye los medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos).	\$126	\$126	\$84
Nivel 4 de Distribución de Costos (Medicamentos No Preferidos: incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos).	50%	50%	50%

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Nivel	Distribución de costos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	Distribución de costos de pedidos por correo estándar (dentro de la red) (suministro de 61 a 90 días)	Distribución de costos preferencial de pedidos por correo (suministro de 61 a 90 días)
<p>Nivel 5 de Distribución de Costos (Nivel de especialidad: incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior).</p>	<p>No existe un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5</p>		
<p>Nivel 6 de Distribución de Costos (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar condiciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)</p>	\$0	\$0	\$0

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$4,430.
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa Inicial de Cobertura hasta que el monto total de los medicamentos recetados dispensados y renovados alcance el **límite de la Etapa Inicial de Cobertura de \$4,430**.

El costo total del medicamento se basa en sumar lo que usted y el plan de la Part D han pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula sus gastos de bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye:
 - Los \$480 que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
 - Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, la cantidad total que usted pagó cuando estaba en la etapa de franquicia es \$0 o \$99.
 - El total que usted pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted se inscribió en un plan diferente de la Part D en cualquier momento durante 2022, el monto que el plan haya pagado durante la Etapa de Cobertura Inicial también se considera para sus costos totales por medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por un plan de Medicamentos con Receta de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se considerarán para su límite de cobertura inicial o sus gastos de bolsillo totales. Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su Lista de Medicamentos.

La *Explicación de Beneficios de la Part D* (EOB de la Part D) que le enviamos le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han pagado usted y el plan, así como cualquier tercero en su nombre, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza el monto de \$4,430. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Intervalo Sin Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa Sin Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa sin Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$7,050

Cuando usted está en la Etapa Sin Cobertura, el Programa de Descuento Durante la Etapa Sin Cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de preparación para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se consideran para sus gastos de bolsillo, tal como si usted los hubiera pagado para alcanzar la etapa sin cobertura.

También puede recibir cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de sus medicamentos genéricos y el plan paga lo restante. Para los medicamentos genéricos, los montos pagados por el plan (75%) no se consideran para sus gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga se considera para alcanzar el intervalo sin cobertura.

Usted continúa pagando el precio de descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. En 2022, dicho monto será de \$7,050.

Medicare tiene normas acerca de lo que se considera y lo que *no* se considera como sus gastos de bolsillo. Al alcanzar un límite de gastos de bolsillo de \$7,050, usted deja la Etapa Sin Cobertura y pasa a la Cobertura en Caso de Catástrofe.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

*Cuando sume sus gastos de bolsillo, **usted puede incluir** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Part D y haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):*

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa sin Cobertura
- Los pagos realizados durante el año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si realiza los pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los hacen **ciertas personas u organizaciones en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, que reúna los requisitos de Medicare o del Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento Durante la Etapa sin Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por los medicamentos genéricos.

Cuándo se pasa a la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) hayan pagado un total de \$7,050 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa sin Cobertura a la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que adquiere fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos adquiridos en farmacias fuera de la red que no cumplan los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos por Medicaid solamente.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Part A o la Part B.
- Pagos que realice por medicamentos que estén cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no estén cubiertos en un plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Pagos que realice por medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras usted está en la Etapa Sin Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que sean efectuados por planes de salud grupales, incluyendo los planes de salud de empleadores.
- Los pagos por medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud subvencionados por el gobierno, tales como TRICARE y Asuntos de los Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por terceros obligados legalmente a pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, compensación para trabajadores).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que figuran más arriba, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de notificar a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede usted hacer un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El resumen *Explicación de Beneficios de la Part D* (EOB de la Part D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo habla sobre este informe). Cuando usted alcance un total de \$7,050 en gastos de bolsillo para el año, este informe le indicará que usted ha dejado la Etapa Sin Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que debe hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, usted permanecerá en esta etapa por lo que resta del año
--------------------	--

Usted califica para la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$7,050 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, permanecerá en ella hasta el final del año calendario.

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, sus costos por los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Su parte del costo por un medicamento cubierto podrá ser:

- \$0; o
- Un coseguro o copago, cualquiera que tenga el monto *más elevado*:
 - – *ya sea* – un coseguro de 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como un genérico y \$9.85 por el resto de medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el folleto aparte (el “LIS Rider”) para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe.

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

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para vacunas de la Part D y para el costo de aplicación de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan ofrece cobertura para diversas vacunas de la Part D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Usted puede saber sobre la cobertura de estas vacunas consultando la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

La cobertura para vacunas de la Part D está compuesta por dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de su **aplicación**. (A veces esto se denomina “administración” de la vacuna).

¿Cuánto debe pagar usted por una vacuna de la Part D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Part D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (enfermedad contra la cual usted está siendo vacunado).
 - Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Puede saber sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan.
- 2. El sitio donde obtiene la vacuna.**
- 3. La persona que le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de obtener la vacuna de la Part D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

- En ocasiones, es posible que al aplicarse una vacuna, usted deba pagar el costo total de la misma y su correspondiente aplicación. Usted puede solicitarle a nuestro plan el reembolso de nuestra parte del costo.
- Otras veces, al recibir el medicamento o la aplicación de la vacuna, solo deberá pagar su parte del costo.

Para demostrarle cómo funciona esta cobertura, a continuación hay tres maneras comunes de obtener una vacuna de la Part D. Recuerde que usted es responsable por todos los costos asociados con las vacunas (incluyendo su administración) durante la Etapa de Deducible y Etapa sin Cobertura de sus beneficios.

Situación 1: usted adquiere la vacuna de la Part D en una farmacia y se la aplica en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde resida usted. Algunos estados no les permiten a las farmacias que coloquen una vacuna).

- Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna, y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: usted recibe la vacuna de la Part D en el consultorio de su médico.

- Cuando usted reciba la vacuna, pagará el costo completo de la misma y el costo de su administración.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto (*Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó, menos su copago o coseguro normal para la vacuna (incluida la colocación) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobre el médico y lo que nosotros paguemos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: usted adquiere la vacuna de la Part D en su farmacia y se dirige al consultorio de su médico para que se la apliquen.

- Deberá pagarle a la farmacia el monto del copago o coseguro por la vacuna.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D

- Cuando su médico le aplica la vacuna, usted deberá pagar el costo total del servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobre el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2**Quizás desee llamar a Servicios para Miembros antes de vacunarse**

Las reglas de cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que llame primero a Servicios para Miembros cuando decida aplicarse una vacuna. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

- Le podremos informar de cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos indicarle cómo mantener sus costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, le podemos informar acerca de lo que puede hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos el costo de sus medicamentos o servicios cubiertos	217
Sección 1.1	Si usted paga por los medicamentos o servicios cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que le paguemos	217
SECCIÓN 2	Solicitar que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	221
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	221
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no	222
Sección 3.1	Verificamos para ver si debemos cubrir el servicio o el medicamento	222
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación	223
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias	223
Sección 4.1	En determinados casos, debe enviarnos copia de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo de sus medicamentos	223

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos el costo de sus medicamentos o servicios cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga por los medicamentos o servicios cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que le paguemos

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus medicamentos y servicios cubiertos; no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si le llega una factura por atención médica o por medicamentos recibidos, debe enviarnos la factura para que nosotros podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la evaluaremos y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. En caso de decidir que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse estos fondos (lo que denominamos “reembolso”).

Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero que ha pagado por servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos están cubiertos. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos el reembolso de los servicios o medicamentos.

Si ya ha pagado un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva estos fondos (lo que se denomina a menudo “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero que ha pagado por servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos están cubiertos. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos el reembolso de los servicios o medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar que nuestro plan le devuelva su dinero o que le pague una factura que usted ha recibido.

1. Cuando usted ha recibido cuidado médico de emergencia o urgentemente necesario de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este pertenezca o no a nuestra red. Cuando usted ha

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

recibido servicios médicos de emergencia o urgentemente necesarios de un proveedor que no forma parte de la red, debe solicitar al proveedor que envíe una factura al plan.

- Si usted paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, tendrá que solicitar que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.
- En otras ocasiones, es posible que reciba la factura de un proveedor donde se solicite el pago de servicios que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado por el servicio, se lo reembolsaremos.

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

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

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíela a nosotros. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación del pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos por sus servicios cubiertos.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan retroactivamente

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción podría incluso haber ocurrido el año anterior).

Si usted quedó inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le hagamos un reembolso de nuestra parte del costo. Usted tendrá que presentar documentación para que podamos gestionar el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (Los números

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

4. Cuando usted utiliza una farmacia fuera de la red para obtener una receta

Si usted recurre a una farmacia fuera de la red y trata de utilizar su tarjeta de membresía para obtener una receta, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando eso ocurre, usted tendrá que pagar el costo completo de su receta. (Cubrimos las recetas dispensadas por farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de una receta porque no lleva su tarjeta de membresía con usted

Si usted no lleva su tarjeta de membresía con usted, puede solicitarle a la farmacia que se comuniquen con el plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no logra obtener la información de inscripción que necesita en ese momento, es posible que usted deba pagar el costo total de los medicamentos recetados. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta porque este no estaba cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan; o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si usted desea obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

7. Si usted está retroactivamente inscrito en nuestro plan porque usted es elegible para Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicaid están automáticamente inscritas en nuestro plan para recibir su cobertura de medicamentos recetados. A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción podría incluso haber ocurrido el año anterior).

Si se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier medicamento de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentar documentación para un plan especial que gestionará el reembolso.

- Envíenos una copia de sus recibos cuando nos solicite el reembolso.
- Deberá solicitar el pago de gastos de bolsillo (no para gastos pagados por otro seguro).
 - El plan puede no pagar por medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos. Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento están cubiertos. Esto es realizar una “decisión de la cobertura”. Si decidimos cubrir el medicamento o servicio, pagaremos nuestra parte del costo. Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 2 Solicitar que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido****Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago**

Envíenos su solicitud de pago junto con la factura y la documentación de todo pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y de los recibos para sus propios registros.

Para asegurarse de proporcionarnos toda la información necesaria para que podamos tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web mailrx.wellcare.com o solicítele el formulario por teléfono a Servicios para Miembros. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Para servicios médicos, envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a la siguiente dirección:

Wellcare by Allwell
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

Para Medicamentos Recetados de la Part D, envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagos a la siguiente dirección:

Wellcare by Allwell
Member Reimbursement Dept – Part D Prescription
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 12 meses (para reclamos médicos) y tres años (para reclamos de medicamentos) desde la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué es lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, nosotros podemos ayudarle. También puede llamar si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no

Sección 3.1	Verificamos para ver si debemos cubrir el servicio o el medicamento
--------------------	--

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto, y que usted cumplió con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde por el servicio. Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento recibido, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago al proveedor directamente por correo. (El Capítulo 3 explica las reglas que usted debe seguir para recibir servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que usted debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Part D cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no está cubierto, o que usted no cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y le indicaremos sus derechos a apelar esa decisión.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*). La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le será útil comenzar a leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y le brinda definiciones de términos como “apelación”. Después de leer la Sección 5, puede consultar el Capítulo que le explica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para recibir la devolución del pago por un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para recibir la devolución del pago de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En determinados casos, debe enviarnos copia de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo de sus medicamentos
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que usted nos debe notificar sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no estará solicitándonos un pago. En su lugar, estará informándonos sobre sus pagos de modo que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe.

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

A continuación se detalla un ejemplo de una situación en las que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

Cuándo obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede pagar un copago al programa de asistencia a pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo sean considerados a fin de calificar para la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, podemos calcular correctamente sus gastos de bolsillo y ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe con mayor rapidez.

Debido a que usted no está solicitando un pago, esta situación no se considera una decisión sobre la cobertura. Por lo tanto, no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	227
Sección 1.1	Debemos brindar información de una manera comprensible para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra de mayor tamaño o en otros formatos alternativos, etc.).....	227
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los medicamentos y servicios cubiertos	227
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	228
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	230
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	232
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....	234
Sección 1.7	Usted tiene derecho a dar recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades	235
Sección 1.8	Evaluación de las nuevas tecnologías	235
Sección 1.9	¿Qué puede hacer si piensa que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados?	236
Sección 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos	236
SECCIÓN 2	Tiene responsabilidades como miembro del plan	237
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	237

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera comprensible para usted (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra de mayor tamaño o en otros formatos alternativos, etc.)
--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).)

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week, or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Para recibir información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para proveer y hacer los arreglos para sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicios para Miembros para obtener información acerca de qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también tiene derecho a visitar un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión del médico. No solicitamos que obtenga remisiones del médico para recibir atención de los proveedores de la red.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos por parte de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas cuando usted necesita ese cuidado. También tiene derecho a obtener o renovar sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no le están proporcionando la atención médica o los medicamentos de la Part D dentro de un plazo razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto se indica qué puede hacer. (Si hemos negado la cobertura de cuidado médico y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9 de se le indica qué puede hacer).

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

Leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud según lo establecido por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye los datos personales que usted nos proporcionó al inscribirse en el plan así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información sobre su salud y con el control de cómo se utiliza dicha información. Le enviamos una notificación escrita, denominada “Notificación de

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

prácticas de privacidad”, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o modificar sus expedientes.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos información sobre su salud a una persona que no esté brindándole o pagando por su cuidado, *debemos obtener su permiso por escrito primero*. Usted o una persona a quien usted haya dado un poder legal para tomar decisiones en su nombre pueden proporcionar ese permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones que no nos exigen obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información sobre la salud a agencias del gobierno que estén verificando la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud incluyendo información sobre sus medicamentos recetados de la Part D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con las leyes y regulaciones federales.

Usted puede ver la información contenida en sus registros y saber cómo fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver los expedientes médicos que el plan tiene sobre usted y a obtener una copia de sus expedientes. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por realizar copias. Usted también tiene el derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos datos en sus expedientes médicos. Si usted lo solicita trabajaremos con su proveedor de atención de salud para decidir si corresponde hacer estos cambios.

Usted tiene derecho a conocer la manera en que su información de salud ha sido compartida con otras personas con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud respecto a la privacidad de su información personal de salud, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir de nuestra parte varios tipos de información. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que nuestro plan le brinde información de un modo adecuado. Esto incluye obtener la información en idiomas diferentes del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si usted necesita cualquiera de estos tipos de información, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esta información incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la Calificación de Estrellas del plan, incluyendo la calificación por parte de los miembros del plan y cómo esta se compara con otros planes de salud Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluyendo las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a recibir de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo le pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver la lista de proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.wellcare.com/allwellIPA.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utiliza.**
 - Los Capítulos 3 y 4 de este folleto explican qué servicios médicos están cubiertos para usted, qué restricciones tiene su cobertura, y qué reglas debe seguir para recibir esos servicios cubiertos.
 - **Nota:** Nuestro plan no premia a los profesionales, proveedores o empleados que realizan revisiones de utilización, incluidas las de entidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

delegadas. Administración de Utilización (UM) toma las decisiones sobre el cuidado basándose únicamente en la idoneidad del cuidado y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no premia específicamente a los practicantes u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la toma de decisiones de la UM no fomentan las decisiones que resultan en una infrautilización.

- Para obtener detalles acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Part D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan. En estos capítulos, así como en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*, se enumeran cuáles son los medicamentos cubiertos y se explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura en el caso de determinados medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Part D no está cubierto, o si hay alguna restricción en la cobertura, nos puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico u obtenido el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión tomada sobre qué cuidado médico o medicamento de la Part D se encuentra cubierto, tiene derecho a solicitar que cambiemos nuestra decisión. Usted puede solicitarnos que cambiemos la decisión a partir de una apelación. Para detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que desearía, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Allí se ofrecen detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también indica cómo hacer un reclamo sobre la calidad de su cuidado, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que usted ha recibido por cuidado médico o un medicamento recetado de la Part D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones acerca del cuidado de su salud**

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud cuando recibe cuidado médico. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones junto a sus médicos sobre cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Para conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a saber cuáles son todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye ser informado sobre los programas ofrecidos por nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a saber acerca de cualquier riesgo relacionado con la atención que recibe. Asimismo, debe ser informado por adelantado si el cuidado médico o tratamiento propuesto forma parte de un estudio de investigación. Usted siempre tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso cuando el médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, se responsabiliza por lo que pueda sucederle a su cuerpo.
- **Recibir una explicación si la cobertura de su cuidado es rechazada.** Usted tiene derecho a recibir nuestra explicación si un proveedor le niega atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto describe cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre cómo proceder si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces, las personas no están en condiciones de tomar decisiones por sí mismas sobre el cuidado de su salud debido a un accidente o una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si está en esta situación. Esto quiere decir que, *si lo desea*, puede:

- Completar por escrito un formulario a fin de otorgarle **a alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si es que alguna vez es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar sus instrucciones, haga lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si usted quiere tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, usted puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de las organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe considerar la opción de tener un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y otra a la persona que haya designado en el formulario para tomar decisiones por usted. Es probable que usted también quiera entregar copias a sus amigos cercanos o a sus familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Si usted sabe con antelación que será hospitalizado, y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve al hospital una copia con usted.**

- Si usted es admitido en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si tiene en su poder dicho documento.
- Si usted no firmó un formulario de instrucción anticipada, el hospital dispone de formularios, y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, es su decisión completar el formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según lo establecido por la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminarlo por haber firmado o no un documento de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones establecidas en ella, puede realizar un reclamo ante el Pennsylvania Department of Aging.

Sección 1.6**Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema o preocupación acerca de sus servicios cubiertos o cuidado, el Capítulo 9 de este folleto le dice lo que usted puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar con todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o hacer un reclamo. Haga lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo, **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado anteriormente contra nuestro plan. Para obtener esta información, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 Usted tiene derecho a dar recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades

Si tiene alguna pregunta o duda sobre los derechos y responsabilidades o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta su opinión con nosotros poniéndose en contacto con Servicios para Miembros.

Sección 1.8 Evaluación de las nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, fármacos, productos biológicos o dispositivos que se han desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas, o son nuevas aplicaciones de procedimientos, fármacos, productos biológicos y dispositivos existentes. Nuestro plan sigue las determinaciones de cobertura nacional y local de Medicare cuando corresponde.

En ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios aplicables con el fin de garantizar que los miembros tengan acceso a una atención segura y eficaz mediante la realización de una evaluación crítica de la literatura médica publicada actualmente a partir de publicaciones revisadas por expertos, incluidas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios de pruebas diagnósticas con resultados estadísticamente significativos que demuestran seguridad y eficacia y revisión de directrices basadas en evidencias desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también tiene en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones de médicos en ejercicio, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluidas sociedades especializadas de médicos, paneles de consenso u otras organizaciones de investigación o evaluación tecnológica reconocidas a nivel nacional, informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Institutos Nacionales de Salud (NIH)).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si piensa que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si considera que no ha sido tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, condición de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a la Oficina de Derechos Civiles local. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y *no* es un caso de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al State Health Insurance Assistance Program**. Para detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- 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 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al State Health Insurance Assistance Program**. Para detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

SECCIÓN 2 Tiene responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se listan las cosas que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este folleto de *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre sus servicios médicos, lo cual incluye qué está cubierto, qué no está cubierto, las normas que debe seguir y qué debe pagar.
 - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Part D.
- **Usted debe informarnos sobre cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos recetados que tenga además de nuestro plan.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir las normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utilice toda su cobertura conjunta en el momento de obtener sus servicios cubiertos mediante nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque consiste en coordinar todos los beneficios de salud y de medicamentos que usted recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos que esté disponible para usted. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Part D.

- **Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de la salud a que le brinden la mejor atención, aprenda todo lo posible sobre sus problemas de salud y proporciónese toda la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan qué medicamentos está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud deben explicarle las cosas de una manera que sea comprensible para usted. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar. Tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a cumplir con las metas del tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Sea considerado.** Todos nuestros miembros deben respetar los derechos de los otros pacientes. Usted también debe actuar de una forma tal que permita el funcionamiento sin irregularidades del consultorio médico, hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener Part A de Medicare y Part B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga la prima de la Part A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Part B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
 - Para obtener la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar la parte que le corresponde en el momento de adquirir el medicamento. Esto será un copago (monto fijo) O un coseguro (porcentaje del costo total). El Capítulo 6 le dice cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Part D.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si usted recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo completo.
 - Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Part D debido a su ingreso más alto (tal como se reportó en su última declaración de impuestos), debe pagarla directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si usted planea mudarse, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si usted se traslada *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se explica nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a saber si se muda a un lugar que está fuera de nuestra área de servicios. Si deja nuestra área de servicios, usted tendrá un Período de Inscripción Especial cuando pueda inscribirse en algún plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su área nueva.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, aun así necesitamos saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si usted se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta Ferroviaria de Retiro). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.** Recibiremos con sumo agrado toda sugerencia que usted pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números telefónicos y el horario de atención de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*Qué debe hacer si tiene un problema
o un reclamo (decisiones sobre la
cobertura, apelaciones y reclamos)*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1	Introducción	244
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	244
Sección 1.2	¿Qué significan los términos legales?	244
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros.....	245
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	245
SECCIÓN 3	Para hacer frente a su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	246
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso para beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?	246
SECCIÓN 4	Resolución de los problemas con sus beneficios de Medicare.....	248
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para hacer reclamos?	248
SECCIÓN 5	Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	249
Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general.....	249
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación	251
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles para su situación?.....	252
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	253
Sección 6.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de la atención o servicios médicos, o si desea obtener un reembolso por la parte que nos corresponde de su atención	253

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea)	256
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan).....	261
Sección 6.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2	266
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?	269
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Part D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	270
Sección 7.1	Esta sección describe qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Part D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Part D	270
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	273
Sección 7.3	Información importante acerca de la solicitud de excepciones	276
Sección 7.4	Paso a paso: la sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.....	277
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan).....	282
Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	286
SECCIÓN 8	Solicitarnos que cubramos una internación más larga en un hospital si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	288
Sección 8.1	Durante su admisión en un hospital, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le explicará sus derechos.....	289
Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para modificar la fecha de alta del hospital	291
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para modificar la fecha de alta del hospital	295
Sección 8.4	¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?	297

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	300
Sección 9.1	Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)	300
Sección 9.2	Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura	301
Sección 9.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo	302
Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo	306
Sección 9.5	¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?	307
SECCIÓN 10	Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores	311
Sección 10.1	Los Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos	311
Sección 10.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Part D	313
SECCIÓN 11	Cómo hacer un reclamo sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes	315
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamo?	315
Sección 11.2	El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”	318
Sección 11.3	Paso a paso: hacer un reclamo.....	318
Sección 11.4	También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	321
Sección 11.5	También puede hacer saber a Medicare acerca de su reclamo	321
SECCIÓN 12	Resolución de los problemas con sus beneficios de Medicaid	322

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procesos procedimientos para resolver problemas e inquietudes. El procedimiento que utilice para resolver su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema tiene que ver con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para saber si tiene que usar el procedimiento de Medicare o el procedimiento de Medicaid o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Su tipo de problema:
 - Para algunos tipos de problemas, es necesario utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para hacer reclamos**.

Estos procesos tienen la aprobación de Medicare. Para garantizar que sus problemas sean gestionados sin demora y con imparcialidad, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben ser respetados por nosotros y por usted.

¿Cuál debe utilizar? La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe implementar.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

Algunas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo utilizan términos técnicos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo, se explican los procedimientos y las disposiciones jurídicas con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, por lo general, se dice “hacer un reclamo” en vez de “presentar una queja”, “decisión sobre la cobertura” en vez de “determinación de la organización” o

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

“determinación de cobertura” o “determinación del estado de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. Además, se limita el uso de las abreviaturas lo más posible.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse más claramente y con exactitud cuando esté encargándose de su problema y obtendrá la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando le damos los detalles para gestionar determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales no vinculadas con nosotros

Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--------------------	---

A veces puede ser confuso iniciar o completar el proceso para gestionar un problema. Esto puede ser cierto especialmente si usted no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Sin embargo, en algunas situaciones es posible que también desee obtener ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para tratar el problema que esté teniendo. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

También puede obtener ayuda e información por medio de Medicare

Para obtener más información y ayuda para gestionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-692-7462 De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:45 p.m.
TTY	1-800-451-5886 Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Dept of Human Services P.O. Box 2675 Harrisburg, PA 17105-2675
SITIO WEB	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx

SECCIÓN 3 Para hacer frente a su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para beneficios de Medicare o beneficios de Medicaid?

Puesto que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con distintos procedimientos que puede utilizar para resolver su problema o reclamo. El proceso que

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

utilice depende de si el problema se trata de los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para saber si tiene que usar el procedimiento de Medicare o el procedimiento de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

Los procedimientos para Medicare y Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, consulte la tabla a continuación.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema se relaciona con sus beneficios de Medicare o de Medicaid?

(Si desea obtener ayuda para saber si su problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros. Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Mi problema tiene que ver con los **beneficios de Medicare**.

Visite la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Resolución de los problemas con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema tiene que ver con la cobertura de Medicaid.

Avance a la **Sección 12** de este capítulo, **“Resolución de los problemas sobre sus beneficios de Medicaid”**.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Resolución de los problemas con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para hacer reclamos?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para los problemas o reclamos relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas sobre la cobertura o no cobertura de determinados cuidados médicos o medicamentos recetados, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago del cuidado médico o de los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.

Avance a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo hacer un reclamo sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes”**.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 5 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: visión general**

El procedimiento para decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para medicamentos recetados, incluyendo los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones 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 servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que usted recibe cuidado médico de él o ella, o si su médico de la red lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico concreto o se niega a brindarle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si vamos a cubrir un servicio médico antes de que lo reciba, nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestima una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación.

Sin embargo, en algunos casos podemos decidir que el servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Su apelación es manejada por revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o acelerada o apelación rápida de una decisión sobre cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestima una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación.

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1 total o parcialmente, usted puede pasar a una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no esté relacionada con nosotros revisará la apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, se enviará su caso en forma automática a la Organización de Revisión Independiente para realizar una Apelación de Nivel 2.
- En otras circunstancias, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, tiene la posibilidad de continuar a través de niveles de apelación adicionales.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación**

¿Desea obtener ayuda? Estos son recursos que posiblemente desee utilizar si usted decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su State Health Insurance Assistance Program (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designar a su médico como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Part D, su médico u otro profesional que expide recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que expide recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitarle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante según la ley Estatal.
 - Si usted quiere que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona actúe como su representante, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.wellcare.com/allwellPA). Con el formulario, se le otorga permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe ser

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

firmado por usted y por la persona que a usted le gustaría que actuara en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en su colegio de abogados local u otro servicio de remisión del médico. También existen grupos que pueden proporcionarle servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar decisiones de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles para su situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene reglas y plazos límite diferentes, proporcionamos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Part D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una internación más larga en un hospital si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Solo aplica a los siguientes servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de cuidados en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*)

Si usted todavía no está seguro sobre qué sección debe utilizar, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su State Health Insurance Assistance Program (los números de teléfono para este programa están indicados en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de la atención o servicios médicos, o si desea obtener un reembolso por la parte que nos corresponde de su atención
--------------------	---

Esta sección se refiere a sus beneficios para servicios y cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” en todos los casos. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos así como medicamentos recetados de la Part B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Part B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Part B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo determinada atención médica que quiere, y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren brindarle, y que usted considere que este cuidado está cubierto por el plan.
3. Usted ha recibido atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos dicho cuidado.
4. Usted ha recibido y pagado atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por el plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse este cuidado.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

5. Se le informa que la cobertura para determinado cuidado médico que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar a su salud.
- **NOTA: Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF),** debe leer una sección aparte de este capítulo, debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
 - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que cubramos una internación más larga en un hospital si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección solo describe tres servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).
 - Para *todas las otras* situaciones en las que se le informe que se interrumpirá el cuidado médico que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si usted se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2 .
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted desea que se cubra o pague.	Usted puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Avance a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le reembolsemos los gastos de atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Avance a la Sección 6.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de cuidado médico que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura tiene relación con su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura de la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida sobre la cobertura**”.

Términos legales

Una “**decisión rápida sobre la cobertura**” se denomina “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar la cobertura para el cuidado médico que usted desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan y así presentar su solicitud para que autoricemos o cubramos la atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura para su cuidado médico*.

Generalmente utilizamos plazos estándar para informarle nuestra decisión

Quando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar sobre la cobertura significa que le hemos dado una respuesta en un plazo de 14 días corridos** después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Part B de Medicare**, le daremos **una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- En caso de que haya hecho una solicitud **por un artículo o un servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (El proceso para hacer un reclamo es diferente del correspondiente a decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para hacer reclamos, que incluyen los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - **En caso de que haya hecho una solicitud por un artículo o un servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si consideramos que falta información que podría beneficiarlo (como las historias clínicas de proveedores fuera de la red) o si usted necesita más tiempo a fin de entregarnos la información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, que incluyen los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solamente* si está solicitando cobertura del cuidado médico *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud es sobre el pago del cuidado médico que usted ya ha recibido).
- Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si el hecho de utilizar los plazos estándar pudiera *ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente acordaremos darle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo del médico, decidiremos si su salud requiere o no que le otorguemos una decisión rápida de cobertura.
 - En caso de que nuestro plan decida que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la daremos.
 - La carta también le indicará cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que usted solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para hacer reclamos, incluyendo los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Los plazos para una decisión “rápida” sobre cobertura

- Generalmente, para una decisión rápida sobre la cobertura de un artículo o servicio médico solicitado, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Como se explicó anteriormente, en determinadas circunstancias podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para hacer reclamos, incluyendo los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
- Si le no brindamos una respuesta en un plazo de 72 horas (o, si hay un período de tiempo extendido, al final de dicho período), o en un plazo dentro de las 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que le explicará la razón de nuestro rechazo.

Los plazos para una decisión “estándar” sobre cobertura

- Generalmente, para una decisión estándar sobre la cobertura de un artículo o servicio médico solicitado, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

proceso para hacer reclamos, incluyendo los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

- Usted tiene derecho a apelar si no le brindamos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o al final de cualquier período extendido) o dentro de las 72 horas si la solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare. En la Sección 6.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que le explicará los motivos de nuestro rechazo.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si la rechazamos, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos – y tal vez cambiemos – esta decisión a partir de una apelación. Presentar una apelación significa realizar otro intento para obtener la cobertura para el cuidado médico que usted desea.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una “**reconsideración**” del plan.

Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros en cuanto a cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si usted está solicitando una apelación estándar, debe hacerla por escrito presentando una solicitud.**
 - Si usted solicita a otra persona que no sea su médico que apele nuestra decisión en su nombre, esa apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esa persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web (www.wellcare.com/allwellPA). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación), su solicitud de apelación será rechazada. En este caso, le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos** al número de teléfono indicado en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y presenta un motivo válido para su incumplimiento, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando haga su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida para no cumplir la fecha límite pueden incluirse el hecho de que usted tuviera una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros, o si nosotros le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre la apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede presentar una solicitud llamándonos)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si usted está apelando una decisión que hemos tomado sobre cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted y/o su médico deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión rápida sobre la cobertura”. (Estas instrucciones están indicadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, acordaremos darle una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de cuidado médico. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** en caso de que haya hecho la solicitud por un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. No podemos demorar

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el período extendido, si requerimos días adicionales), estamos obligados automáticamente a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle una respuesta con respecto a su solicitud para un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación si la apelación se refiere a cobertura de servicios que todavía no ha recibido. Si la solicitud es por un medicamento recetado de la Part B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir la apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** en caso de que haya hecho la solicitud por un artículo o un servicio médico. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información acerca del

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

proceso para hacer reclamos, que incluyen los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente anterior (o al finalizar el período extendido, si necesitamos días adicionales para la solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura que hemos acordado brindar dentro de los 30 días calendario, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un servicio o medicamento recetado de la Part B de Medicare.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: si nuestro plan rechaza la totalidad o parte de la apelación, el caso se enviará de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando dijimos NO a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación está pasando al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser modificada.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la llama “**IRE**”.

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para funcionar como la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente de caso”. **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente 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

- Si hizo una apelación rápida de nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.

Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si hizo una apelación estándar de nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar de Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Part B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le brinda su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos de esta decisión.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos:**
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - proporcionar el servicio **dentro de los 14 días corridos** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Organización de Revisión Independiente de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un medicamento recetado de la Part B de Medicare, debemos:**
 - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Part B de Medicare en conflicto en un plazo **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza su apelación total o parcialmente**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “ratificar la decisión” o “desistir de la apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, usted tiene derecho a iniciar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de cuidado médico que usted está solicitando debe cumplir un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que usted está solicitando es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. En la notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le informará cómo saber el valor en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (con un total de cinco niveles de apelación). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

indicados en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.

- La Apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?
--------------------	--

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse estos fondos (lo que denominamos “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero que ha pagado por servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos están cubiertos. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos el reembolso de los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión sobre cobertura de nuestra parte

Si usted nos envía la documentación para solicitarnos un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos que el cuidado médico que usted pagó sea un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*). También verificaremos que usted haya seguido todas las reglas para utilizar su cobertura para cuidado médico (estas reglas están indicadas en el Capítulo 3 de este folleto: *Utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si el cuidado médico que pagó está cubierto, y si respetó todas las normas, le enviaremos el pago del cuidado médico que recibió dentro de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. O, si usted no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Enviar el pago es lo mismo que *aceptar* la solicitud de una decisión sobre la cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

pagaremos por los servicios y los motivos en detalle de nuestra decisión. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted solicita un pago y nosotros nos negamos a pagar?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, debe seguir el proceso de apelación descrito en la Sección 6.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso por paso. Cuando esté siguiendo las instrucciones, por favor tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos pide que le reembolsemos por su cuidado médico ya recibido y pagado por usted, no está autorizado a solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier nivel del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Part D: Cómo pedir una decisión de cobertura o hacer una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1	Esta sección describe qué debe hacer si tiene problemas para adquirir un medicamento de la Part D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Part D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Medicamentos) del plan. Para estar cubierto, el medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ya está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o es respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección se refiere a sus medicamentos de la Part D únicamente.** Para simplificar, utilizamos generalmente el término “medicamento” en lo que resta de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Part D” cada vez.
- Para obtener información sobre a qué nos referimos con los medicamentos de la Part D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)*, las reglas y restricciones de la cobertura, y la información de los costos, consulte el Capítulo 5 (*Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Part D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Part D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Part D

Según lo discutido en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus medicamentos.

Términos legales
La decisión inicial sobre la cobertura de los medicamentos de la Part D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Part D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Part D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos del plan)*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Solicitarnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad que puede obtener de un medicamento)
- Solicitarnos pagar un monto de distribución de costos más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de distribución de costos más alto.
- Nos consulta sobre la cobertura de un medicamento y si usted cumple con las normas aplicables de cobertura. (Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que cubramos el medicamento).
 - *Tenga en cuenta* que si en la farmacia le dicen que no se puede dispensar la receta tal como está indicado, la farmacia le proporcionará una notificación por escrito en la cual se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de determinación de cobertura con respecto a pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión.

Esta Sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la tabla a continuación para que le ayude a determinar qué parte tiene la información para su situación:

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

• Si usted se encuentra en esta situación:	• Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que hagamos una excepción a la norma o restricción de un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience por la Sección 7.2 de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de Medicamentos y considera que usted cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Avance a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Avance a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado.	Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Avance a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que usted lo desea, puede solicitarle al plan que haga una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Dado que es similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cuando usted solicite una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Luego consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide recetas nos pueden solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Part D para usted que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*.** (Nosotros la llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar).

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una “ excepción a la lista de medicamentos ”.
--

- En caso de que aceptemos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto de distribución de costos que se aplica a Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos). Usted no puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento. .

2. **Eliminación de la restricción a la cobertura del plan para un medicamento cubierto.** Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina una “ excepción a la lista de medicamentos ”.

- Las normas y restricciones adicionales a la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - *Exigencia de usar la versión genérica* de un medicamento en vez del medicamento de marca.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede adquirir.
 - En caso de que decidamos hacer una excepción y eliminar la restricción en su caso en particular, usted puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.
- 3. Modificar la cobertura de un medicamento para ubicarlo en un nivel de distribución de costos inferior.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de seis (6) niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo es el número del nivel de distribución de costos, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido se denomina a veces solicitar una “excepción al nivel de cobertura” .

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de distribución de costos menor que el de su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento con la distribución de costos que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos de marca alternativos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Usted no puede solicitarnos que cambiemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento del Nivel 5 (Nivel Especializado).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción al nivel de cobertura y existe algún otro nivel más bajo de distribución de costos con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Información importante acerca de la solicitud de excepciones**Su médico debe informarnos las razones médicas**

Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos una declaración escrita para explicarnos las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide recetas cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted está solicitando y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a no ser que ninguno de los medicamentos alternativos en un nivel de distribución de costos más bajo sea bueno para usted o que exista la posibilidad de que esos medicamentos alternativos le ocasionen una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 7.5 de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 7.4 Paso a paso: la sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.**

Paso 1: usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura acerca del pago o los medicamentos que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida sobre la cobertura**”. **No puede pedir una decisión de cobertura rápida si usted nos pide que le devuelvan el pago por un medicamento que ya ha comprado.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Part D*. O, si nos solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento, vaya a la sección titulada *Dónde enviar la solicitud para que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo le explica cómo puede dar su autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contar con un abogado que actúe en su representación.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”.** Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos que está solicitando.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

(Lo llamamos la “declaración de apoyo”.) Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que expide recetas se puede comunicar con nosotros por teléfono y hacer un seguimiento por fax o enviar por correo una declaración escrita, en caso de ser necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Términos legales
Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “determinación de cobertura acelerada” .

- Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si está solicitando un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si está solicitando el reembolso de un medicamento que usted ya compró).
 - Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *únicamente* si el hecho de utilizar los plazos estándar pudiera *ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones*.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin la justificación de su médico u otro profesional que expide recetas) decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - En caso de que nuestro plan decida que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándar).
 - En esta carta le explicaremos que si su médico u otro profesional que expide recetas solicita una decisión rápida sobre la cobertura se la brindaremos automáticamente.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de brindarle una decisión sobre la cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Le informaremos cómo presentar un “reclamo rápido”, es decir una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas de recibir el reclamo. (El proceso para hacer un reclamo es diferente del correspondiente a decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el procedimiento para hacer reclamos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: evaluamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Los plazos para una decisión “rápida” sobre cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo no superior a 24 horas luego de haber recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le responderemos en un plazo no superior a 24 horas luego de haber recibido la declaración del médico que respalde su solicitud. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de Revisión Independiente la revisará. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, debemos brindar la cobertura que nos comprometimos a brindar dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que apoye su solicitud.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que le explicará los motivos de nuestro rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión “estándar” sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo no superior a 72 horas luego de haber recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le responderemos en un plazo no superior a 72 horas luego de haber recibido la declaración del médico que respalde su solicitud. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de Revisión Independiente la revisará. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud —**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que nos comprometimos a proveer **en un plazo de 72 horas** posteriores a recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que le explicará los motivos de nuestro rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una decisión “estándar” sobre cobertura acerca del pago de un medicamento que ya ha adquirido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de Revisión Independiente la revisará. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, también debemos realizar el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que le explicará los motivos de nuestro rechazo. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a apelar. Presentar una apelación significa que usted nos solicita que reconsideremos – y posiblemente cambiemos – la decisión que hemos tomado.

Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Part D se denomina “redeterminación” del plan.

Paso 1: usted se comunica con nosotros y presenta su **Apelación de Nivel 1**. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro profesional que expide recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web por cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Part D*.
- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación enviando una solicitud escrita.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Part D*.
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Part D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada con el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y presenta un motivo válido para su incumplimiento, podemos concederle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida para no cumplir la fecha límite pueden incluirse el hecho de que usted tuviera una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros, o si nosotros le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre la apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide recetas pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro profesional que expide recetas deberán decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” y están en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, prestamos atención nuevamente a toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proveerle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si la apelación se refiere a un medicamento que todavía no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si usted todavía no ha recibido el medicamento y su condición de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le damos una decisión en un plazo máximo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud —**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si aprobamos una solicitud de cobertura, deberemos **brindarle la cobertura** que acordamos tan rápido como lo requiera su salud y **dentro de un período máximo de 7 días calendario** después de haber recibido la apelación.
- Si aprobamos una solicitud para reembolsarle un medicamento que ya compró, deberemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que hayamos recibido la solicitud de apelación.
- **Si rechazamos su solicitud total o parcialmente**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores al recibo de su solicitud.
 - Si no le damos una decisión en un plazo máximo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud**, también debemos realizar el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que le explicará los motivos de nuestro rechazo. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos la apelación, usted decide si desea continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted puede optar por aceptar esta decisión o continuar el proceso presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted puede optar por aceptar esta decisión o continuar el proceso presentando otra apelación. Si decide avanzar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser modificada.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es **“Entidad de Revisión Independiente”**. A veces, se la llama **“IRE”**.

Paso 1: para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar la revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviaremos **incluye instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** a la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le explicarán quién puede presentar una Apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando usted presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente de caso”. **Usted tiene el derecho de pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente hará una revisión de su apelación y le dará una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de beneficios de la Part D en nuestro plan.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos de esta decisión.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acuerda darle una “apelación rápida”, esta deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, su solicitud**, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días corridos** después de haber recibido su apelación si es para un medicamento que no ha recibido todavía. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días corridos** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta su solicitud, en todo o en parte**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya ha adquirido, estamos obligados

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

a enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “ratificar la decisión” o “desistir de la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, usted tiene derecho a iniciar una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita deberá alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará del valor en dólares que debe ser objeto de disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita reúne los requisitos, usted decidirá si desea continuar con la apelación.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (con un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Solicitarnos que cubramos una internación más larga en un hospital si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando usted es internado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos de hospital que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

lesión. Para obtener más información acerca de nuestra cobertura de su cuidado hospitalario, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*.

Durante su internación cubierta en un hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deba dejar el hospital. También le ayudarán a programar la atención que pueda necesitar después de ser dado de alta.

- El día que usted se va del hospital se denomina “**fecha del alta**”.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted cree que le están dando el alta demasiado pronto, puede pedir una internación más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

Sección 8.1	Durante su admisión en un hospital, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le explicará sus derechos
--------------------	--

Durante su internación cubierta en un hospital, usted recibirá una notificación por escrito llamada *Un Mensaje Importante de Medicare Sobre Sus Derechos*. Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación cuando es admitida en un hospital. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador de caso o un enfermero) debe entregársela dentro de los dos días de ser admitido. Si usted no recibe la notificación, solicítesela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea esta notificación cuidadosamente y haga preguntas si no la comprende.** Allí se le informan sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación en el hospital y su derecho a saber quién pagará por ella
- Dónde informar de cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital
- Su derecho a apelar la decisión sobre su alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto

Términos legales

La notificación escrita de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es un modo formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta para que cubramos su cuidado en hospital por más tiempo. (En la Sección 8.2 a continuación, le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. Se le solicitará la firma de la notificación por escrito para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.

- Se solicitará a usted o a una persona que actúe en su nombre que firme la notificación. (La Sección 5.2 de este capítulo le explica cómo puede dar su autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar la notificación *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no le informa su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le comunicarán la fecha de alta). Firmar la notificación **no significa que** usted esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde su copia de la notificación para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad del cuidado), si la necesita.

- Si firma la notificación con más de dos días de antelación a la fecha en que debe dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para modificar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más extenso, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta organización verifica que su fecha de alta planificada sea médicamente adecuada para usted.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicita una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta de hospital para personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare Sobre sus Derechos*), se le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) *antes* de irse del hospital y **como máximo antes de la medianoche del día de su alta**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que ha sido establecida para que usted se retire del hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital *luego* de la fecha de alta médica *sin pagar los gastos* hasta recibir la decisión sobre la apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica programada, *posiblemente deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta médica programada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar la apelación

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

directamente a nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta forma alternativa de hacer su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted le pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
A la “revisión rápida” también se la denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (llamados “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Los revisores también observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores informaron a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito que le informará su fecha de alta planificada y le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es apropiado (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se llama “**Notificación Detallada de Alta**”. Puede obtener una copia de esta notificación llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplar de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: en el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **deberemos continuar brindándole los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que existan limitaciones a sus servicios de hospital cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **la cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios para pacientes**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

internados finalizará al mediodía, el día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde la respuesta sobre su apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **posiblemente deba pagar el costo total** del cuidado de hospital que reciba después del mediodía, el día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le notifique su respuesta a la apelación.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para modificar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalice la cobertura de la atención.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días corridos de haber recibido su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde el mediodía de la fecha posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito de qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar su apelación en el Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (con un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 8.4 ¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?****En ese caso, usted puede apelar a nosotros**

Como ya se explicó en la Sección 8.2, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y presentar su primera apelación sobre su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si usted no cumple la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta manera alternativa de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede hacer una apelación a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: llevamos a cabo una revisión “rápida” de la fecha de alta planificada para verificar si es adecuada por razones médicas.

- Durante esta revisión, revisamos detenidamente toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada para usted. Asimismo, verificaremos si la decisión que tomamos sobre cuándo usted debía retirarse del hospital fue justa y siguió todas las reglas.
- En esta situación, usamos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos la apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos brindándole los servicios cubiertos para pacientes internados por el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió a partir de la fecha en que le comunicamos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de servicios para pacientes hospitalizados finaliza a partir de la fecha en que le comunicamos que finalizaría.
 - Si permaneció internado en el hospital *después* de la fecha planificada de alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria después de dicha fecha.

Paso 4: si rechazamos la apelación rápida, su caso se enviará de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación está pasando *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso a paso: proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “Entidad de Revisión Independiente” . A veces, se la llama “IRE” .

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir de que le comunicamos el rechazo de la primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo hacer un reclamo).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para funcionar como la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* la apelación,** deberemos reintegrarle (reembolsarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de alta programada. También debemos continuar proporcionándole la cobertura del plan para los servicios hospitalarios como

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

paciente internado por el tiempo que resulte médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que le reembolsaremos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* la apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta médica programada era médicamente adecuada.
 - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con una Apelación de Nivel 3, que es manejado por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea seguir con la apelación.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (con un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si aceptar su decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 **Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto**

Sección 9.1	Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)
--------------------	---

Esta sección únicamente se refiere a los siguientes tipos de *cuidado*:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que usted está recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para aprender sobre los requisitos

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

- La **atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de cuidado para usted, estamos obligados a notificarle con anticipación. Cuando se cancela la cobertura de esa atención, *dejamos de pagar el costo por la atención*.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura
--------------------	---

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Usted recibirá una notificación al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado.
 - La notificación por escrito le informa de la fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
 - La notificación por escrito también le informa qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión de finalizar su cuidado y que continúe cubriéndolo por más tiempo.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Al decirle lo que usted puede hacer, el aviso por escrito está diciendo cómo usted puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo interrumpir su atención. (En la Sección 9.3 a continuación, se explica cómo presentar una apelación por vía rápida).

La notificación por escrito se denomina **“Notificación de No Cobertura de Medicare”**.

2. Se le solicitará que firme la notificación por escrito para demostrar que la recibió.

- Se solicitará a usted o a una persona que actúe en su nombre que firme la notificación. (La Sección 5.2 le explica cómo puede dar su autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar la notificación demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo terminará su cobertura. **Firmar la notificación no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de que debe dejar de recibir cuidado.

Sección 9.3

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante más tiempo, usted deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si usted considera que no estamos

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

cumpliendo nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar un reclamo).

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: presentar una Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que son contratados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad del cuidado recibido por personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo finalizar la cobertura de determinados tipos de cuidado médico.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió le informa sobre cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite una “apelación por vía rápida” a esta organización (para hacer una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia en la Notificación de No Cobertura de Medicare.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarnos su apelación directamente. Para obtener más detalles sobre esta forma alternativa de hacer su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (llamados “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- La organización de revisión también observará su información médica, hablará con su médico y revisará otra información que el hospital o nuestro plan le haya entregado.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, también recibirá una notificación escrita en la que se explican los motivos de la cancelación de la cobertura que le brindamos para los servicios que recibe.

Términos legales
Esta explicación se denomina “Notificación Detallada de No Cobertura”.

Paso 3: los revisores le notificarán su decisión dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que existan limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide continuar recibiendo cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted **deberá pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted tiene que decidir si quiere presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de que finalizó su cobertura de atención, puede presentar otra apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si presenta otra apelación, significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo cuidado después de que finalizó su cobertura de atención médica, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y le solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo el cuidado luego de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

continuar proporcionándole cobertura para el cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.
- La notificación que reciba le informará por escrito de qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2 hay tres niveles de apelación adicionales, por un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no presenta a tiempo la Apelación de Nivel 1?
--------------------	---

En ese caso, usted puede apelar a nosotros

Según se explica en la Sección 9.3, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, dispone de otra opción para presentar su apelación. Si utiliza esta manera alternativa de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso a paso: cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede hacer una apelación a nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “apelación acelerada”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre su cuidado médico*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, observamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para la finalización de la cobertura del plan de los servicios que usted estuvo recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para informarle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos la apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y continuaremos brindándole los servicios cubiertos por el tiempo que resulten médicamente necesarios.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió a partir de la fecha en que le comunicamos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continúa recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la cual indicamos que finalizaría la cobertura, **deberá pagar el total de los gastos** de esa atención.

Paso 4: si *rechazamos* la apelación rápida, su caso se enviará de forma *automática* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación está pasando *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Paso a paso: proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la llama “ IRE ”.

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir de que le

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

comunicamos el rechazo de la primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamo es diferente del proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo explica cómo hacer un reclamo).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente, contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para funcionar como la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* la apelación,** deberemos reintegrarle (reembolsarle) nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría la cobertura. Asimismo, debemos continuar cubriendo el cuidado siempre que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían limitar el monto que le reembolsaremos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* la apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en la primera apelación y no la cambiará.
 - La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brinda los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea seguir con la apelación.

- Después del Nivel 2 hay tres niveles de apelación adicionales, por un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 10.1 Los Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual usted ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá continuar con su apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación prácticamente funcionan de la misma manera. A continuación, se describe quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede o no estar concluido*** - Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión de Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4, junto con los documentos correspondientes. Tal vez

esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en conflicto.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador rechaza la apelación, puede que finalice o que no finalice el proceso de apelación.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o abogado adjudicador rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará qué debe hacer si desea continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de **Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no estar concluido** - Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, puede que finalice o que no finalice el proceso de apelación.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual usted ha apelado cumple un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior, usted no puede continuar con su apelación. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación prácticamente funcionan de la misma manera. A continuación, se describe quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación queda concluido.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días corridos** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que finalice o que no finalice el proceso de apelación.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si usted no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o abogado adjudicador rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará qué debe hacer si desea continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de **Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación queda concluido.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días corridos** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que finalice o que no finalice el proceso de apelación.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si usted no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o declina su solicitud de revisión de la apelación, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten continuar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 11 Cómo hacer un reclamo sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección *no es para usted*. Por el contrario, usted necesita utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamo?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para hacer reclamos. El proceso de reclamo se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Si usted tiene alguno de estos tipos de problema, puede “hacer un reclamo”

• Reclamo	• Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información que usted considera confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? ¿No está satisfecho con el trato que le brindaron nuestros Servicios para Miembros? ¿Considera que lo están incitando a retirarse de nuestro plan?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

• Reclamo	• Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita, o hay demasiada espera para obtenerla? • ¿Algún médico, farmacéutico u otro profesional de la salud lo ha hecho esperar demasiado tiempo? ¿Ha ocurrido esto con Servicios para Miembros o con otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos son esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera, en el momento de recibir una receta o en el consultorio de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree usted que no le hemos dado una notificación que estamos obligados a proporcionarle? • ¿Cree usted que la información escrita que le hemos dado es difícil de comprender?

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

• Reclamo	• Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de reclamo están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe utilizar ese proceso y no el proceso de reclamo. Sin embargo, si usted ya ha solicitado una decisión sobre la cobertura o ha presentado una apelación y considera que no le estamos respondiendo con suficiente prontitud, puede además hacer un reclamo por nuestra tardanza. A continuación, se ofrecen algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si nos ha solicitado una “decisión rápida sobre la cobertura” o “apelación rápida” y nuestra respuesta a dicha solicitud es negativa, puede hacer un reclamo.• Si usted considera que no estamos cumpliendo los plazos para comunicarle una decisión de cobertura o para responder una apelación que haya presentado, puede hacer un reclamo.• Cuando se revisa una decisión de cobertura que hemos tomado y se nos ordena que cubramos o que le reembolsemos el pago de ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si usted considera que no estamos respetando esos plazos, puede hacer un reclamo.• Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, estamos obligados a presentar su caso ante la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo establecido, usted puede hacer un reclamo.

Sección 11.2 El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”

Términos legales

- Lo que en esta sección se llama “reclamo” también se puede llamar “queja”.
- Otro término para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.
- “Utilizar el proceso para presentar una queja” es otra forma de decir “usar el proceso de reclamo”.

Sección 11.3 Paso a paso: hacer un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.

Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros. Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-866-330-9368, TTY: 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.

- **Si usted no desea llamar (o si ya ha llamado y no está satisfecho), puede elaborar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si usted envía su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si usted pide una respuesta por escrito, responderemos por escrito, si presenta un reclamo por escrito (queja),** o si su reclamo está relacionado con la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su reclamo por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisarlo. Lo llamamos el

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Procedimiento de Quejas. Para presentar un reclamo, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, por favor llame a Servicios para Miembros al número de teléfono anterior. O puede enviarnos una solicitud por escrito a la dirección indicada en *Apelaciones para Atención Médica o Reclamos sobre Atención Médica, y Apelaciones sobre Medicamentos Recetados de la Part D o Reclamos sobre Medicamentos Recetados de la Part D* en el Capítulo 2 de este folleto.

- Usted necesita presentar su queja dentro de los 60 días calendario después del evento. Puede enviar su Queja formalmente por escrito a la dirección indicada en *Apelaciones para Atención Médica o Reclamos sobre Atención Médica, y Apelaciones sobre Medicamentos Recetados de la Part D o Reclamos sobre Medicamentos Recetados de la Part D* en el Capítulo 2 de este folleto.
- Debemos notificar nuestra decisión sobre su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero dentro de los 30 días luego de haber recibido su reclamo. Si usted solicita la prórroga, o si nosotros justificamos que es necesario contar con información adicional y que la demora tiene como fin beneficiarlo, podemos extender el plazo hasta un máximo de 14 días.
- En ciertos casos, usted tiene el derecho de pedir una revisión rápida de su reclamo. Esto se denomina Procedimiento de Queja Acelerada. Tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
 - Negamos su solicitud de una revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de la Part D.
 - Negamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de servicios denegados o medicamentos de la Part D.
 - Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
 - Decidimos que se necesita un tiempo adicional para revisar su apelación de la atención médica denegada.

Usted puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto. También puede enviarnos su reclamo por escrito a la dirección indicada en *Apelaciones para Atención Médica o Reclamos sobre Atención Médica, y Apelaciones sobre Medicamentos Recetados*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de la Part D o Reclamos sobre Medicamentos Recetados de la Part D en el Capítulo 2 de este folleto.

Una vez que recibamos la queja urgente, un médico clínico revisará el caso para determinar las razones de la denegación de su solicitud de una revisión rápida o si la extensión del caso era apropiada. Le notificaremos la decisión del caso rápido oralmente y por escrito dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su reclamo.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** El reclamo debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de que usted haya tenido el problema que motiva la queja.
- **Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le aceptaremos un reclamo “rápido”.** Si usted presenta un “reclamo rápido”, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina “reclamo rápido” también se conoce como “queja acelerada”.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días corridos.** Si necesitamos más información y la demora es para favorecerlo, o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, le notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** total o parcialmente con su reclamo, o no asumimos responsabilidad por el problema motivo de su reclamo, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 11.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede hacer un reclamo sobre la calidad del cuidado que ha recibido utilizando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su reclamo se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede hacer su reclamo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad del cuidado que ha recibido directamente a esta organización (*sin* presentarnos el reclamo).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud en ejercicio contratados por el gobierno federal para supervisar y mejorar el cuidado brindado a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si usted hace un reclamo a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ellos para resolver su reclamo.
- **También puede presentar su reclamo en ambos lados al mismo tiempo.** Si usted lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede hacer saber a Medicare acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo acerca de nuestro plan directamente a Medicare.

Para presentar un reclamo a Medicare, visite

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para contribuir a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando de resolver su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Resolución de los problemas con sus beneficios de Medicaid

Si usted cree que se le ha negado inapropiadamente un servicio o pago por un servicio que está cubierto por Medicaid, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión a Medicaid. Para presentar una queja (reclamo) o apelación sobre un servicio de Medicaid, por favor comuníquese con Medicaid. La información de contacto se puede encontrar en la Sección 6 del Capítulo 2.

CAPÍTULO 10

Cómo cancelar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	325
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en cómo cancelar su membresía en nuestro plan	325
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	325
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid	325
Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual	327
Sección 2.3	Usted puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage	328
Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial	328
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	330
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	331
Sección 3.1	Generalmente, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan	331
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	333
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan.....	333
SECCIÓN 5	Debemos finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	333
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?.....	333
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	334
Sección 5.3	Usted tiene el derecho de hacer un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	335

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (decisión ajena a su voluntad):

- Usted puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo.
 - Solo existen ciertas épocas del año o ciertas situaciones en las que usted puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le indica cuándo puede cancelar su membresía en el plan. En la Sección 2 se explican los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comienza la inscripción de su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de nueva cobertura esté eligiendo. La Sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no opta por cancelar su membresía, pero en las que estamos obligados a cancelarla. La Sección 5 le informa acerca de situaciones en las que debemos poner fin a su membresía.

Si está abandonando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención de la salud a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año denominadas períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para retirarse del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Debido a que cuenta con Medicaid, es

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez dentro de cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el siguiente período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede cancelar su inscripción en nuestro plan durante este Período de Inscripción Especial entre octubre y diciembre. Sin embargo, las personas que cuentan con Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. En la Sección 2.2, se le indica más información acerca de su Período de Inscripción Anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir entre los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un período ininterrumpido de 63 días o más, quizás deba pagar una multa por inscripción tardía en la Part D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Una cobertura “acreditable” es aquella que paga, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare).

Comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener información sobre sus opciones de plan de Medicaid (los números telefónicos aparecen en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en un nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	--

Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Este es el momento en que usted debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo ocurre el Período de Inscripción Anual?** Este ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede usted cambiar durante el Período de Inscripción Anual?** Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - – u – Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Part D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” es aquella que paga, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.3	Usted puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo ocurre el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede usted cambiar durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted opta por cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes siguiente después de inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	--

En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se denomina **Período de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Inscripción Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso en particular, usted reúne los requisitos para poner fin a su membresía durante un Período Especial de Inscripción. Estos son

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Usualmente, cuando usted se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC)
- Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE)
- **Nota:** Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 hay más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le indica más sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Períodos de Inscripción Especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para 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 usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - – *u* – Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus

medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período ininterrumpido de 63 días o más, quizás deba pagar una multa por inscripción tardía en la Part D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” es aquella que paga, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la penalidad por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará, por lo general, el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le indican más sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna duda o desea obtener más información sobre cuándo puede poner fin a su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2022***.
 - Toda persona con Medicare recibe una copia del manual *Medicare y Usted 2022* cada otoño boreal. Los miembros nuevos de Medicare la reciben un mes después de inscribirse por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número que se indica a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan**SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?****Sección 3.1 Generalmente, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan**

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en que usted puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- --o--Puede comunicarse con Medicare 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.

La tabla siguiente explica cómo cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática. ○ Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), comuníquese con Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid) al 1-800-692-7462, TTY: 1-800-451-5886. De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:45 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si usted deja nuestro plan, puede requerirse cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para obtener el abastecimiento de sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan. Por lo general, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si son dispensados por una farmacia de la red, incluidos a través de nuestros servicios de farmacia para pedidos por correo.

Si usted es hospitalizado el día en que se termina su membresía, generalmente la internación estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (aunque le den el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Debemos finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

Debemos finalizar su membresía si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene Medicare Part A y Part B.
- Si deja de ser elegible para Medicaid. Como se explica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a aquellas personas que tienen elegibilidad para Medicare y Medicaid. Si ya no cumple los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan terminará después de seis meses. Recibirá una notificación de nuestra parte en la que se le informará de la finalización de su suscripción y de sus opciones. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

- El período de elegibilidad continua del plan es de seis meses. El período de elegibilidad continua estimada comienza el primero del mes siguiente al mes en el que usted pierde el estatus de necesidades especiales.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted posee y que le proporcionan cobertura de medicamentos recetados.
- Si debe pagar el monto adicional de la Part D a causa de sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

- Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:
- Para obtener más información, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No estamos autorizados a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si piensa que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Usted tiene el derecho de hacer un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la información sobre cómo hacer un reclamo en el Capítulo 9, Sección 11.

CAPÍTULO 11

Notificaciones legales

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 1	Notificación sobre las leyes vigentes	338
SECCIÓN 2	Notificación de no discriminación	338
SECCIÓN 3	Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	339
SECCIÓN 4	Recuperación de los beneficios pagados por nuestro plan según su plan Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)	339
SECCIÓN 5	Tarjeta de membresía	342
SECCIÓN 6	Contratistas independientes	342
SECCIÓN 7	Fraude del plan de atención médica	343
SECCIÓN 8	Circunstancias fuera del control del plan	343

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre las leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y se pueden aplicar algunas cláusulas adicionales porque la ley lo exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso cuando en este documento no se incluyan o no se expliquen las leyes. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a ella 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 el que usted vive.

SECCIÓN 2 Notificación de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley sobre Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado Asequible y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben subsidios federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto, por favor, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado correspondiente, por favor llámenos al Departamento de Servicios para Miembros (el número está impreso en la contraportada de este folleto). Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros podrá ayudarle.

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 3 Notificación sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recaudar por concepto de los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, como organización de Medicare Advantage, nuestro plan ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de los beneficios pagados por nuestro plan según su plan Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

Cuando se lesiona

Si alguna vez se lesiona, se enferma o desarrolla una condición a través de las acciones de otra persona, compañía o usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o condición, ya sea a través de un acuerdo, juicio, o cualquier otro pago relacionado con su lesión, enfermedad o condición, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho de recuperar el valor de cualquier servicio proporcionado a través de este Plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Como se utiliza en toda esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier persona o entidad realmente o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o condición. El término parte responsable incluye la responsabilidad u otra aseguradora de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o desarrollar una afección a través de las acciones de una parte responsable son:

- tiene un accidente automovilístico;
- se patina y se cae en una tienda; o
- está expuesto a un producto químico peligroso en el trabajo.

Capítulo 11. Notificaciones legales

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todas y cada una de las cantidades que reciba de la parte responsable, incluidas, entre otras:

- pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- cobertura de automovilistas sin seguro o con un seguro insuficiente;
- protección contra lesiones personales, ausencia de fallos o cualquier otra cobertura de primera persona;
- compensación a los trabajadores o indemnización o liquidación por discapacidad;
- cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguros de locales o propietarios o cobertura general;
- cualquier liquidación recibida de una demanda u otra acción legal;
- cualquier fallo recibido de una demanda u otra acción legal; o bien
- cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este Plan, acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se adjunta cuando este Plan ha pagado beneficios por los Servicios Cubiertos que recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante se recuperan, o tiene derecho a recuperar cualquier cantidad de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios bajo este Plan, usted también (i) le asigna a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los Servicios Cubiertos proporcionados por el Plan en relación con su lesión, enfermedad o condición, Y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que reembolse directamente el Plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios de este Plan, usted también otorga a nuestro plan un gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o juicio, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios de los Servicios Cubiertos pagados en virtud del Plan que estén asociados con su lesión, enfermedad o condición debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de si las cantidades se identifican específicamente como una recuperación de los gastos médicos e independientemente de si usted es enteramente compensado por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta ninguna

Capítulo 11. Notificaciones legales

reclamación de fallo por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo. No se pueden deducir honorarios de abogado de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar o contribuir a pagar costos judiciales u honorarios de abogados para el abogado contratado con el fin de continuar la demanda o reclamo contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe tomar

Si se lesiona, se enferma o desarrolla una condición debido a una parte responsable, debe cooperar con nuestro plan y/o los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, incluyendo:

- Decirle a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o su abogado, si la sabe, el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada, incluida una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o condición.
- Completar cualquier papeleo que nuestro plan o el proveedor responsable pueda requerir razonablemente para ayudar a hacer cumplir el gravamen o el derecho de recuperación.
- Responder rápidamente a las preguntas de nuestro plan o del proveedor responsable sobre el estado del caso o reclamo y cualquier discusión sobre la solución.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente cuando usted o su abogado reciban cualquier dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen de atención médica o la cantidad de recuperación del Plan de cualquier recuperación, acuerdo o juicio, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo el reembolso debido a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados bajo el Plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición debida a una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como recuperación de gastos médicos y de si se le ha compensado en forma total o completa por su pérdida.
- No hacer nada para perjudicar los derechos de nuestro plan como se establece arriba. Esto incluye, pero no se limita a, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el Plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su primer derecho de prioridad de recuperación o gravamen.

Capítulo 11. Notificaciones legales

- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor responsable, según corresponda, el importe de la recuperación debida al plan en cuanto se le pague y antes del pago de cualquier otro titular potencial de gravamen o tercero que reclame el derecho de recuperación.
- Usted está obligado a cooperar con nosotros para obtener esas recuperaciones o sobrepagos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de membresía

Una tarjeta de membresía emitida por nuestro plan conforme esta *Evidencia de Cobertura* es para propósitos de identificación únicamente. La posesión de una tarjeta de membresía no confiere ningún derecho a servicios u otros beneficios bajo esta *Evidencia de Cobertura*. Para tener derecho a servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de Cobertura*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro bajo esta *Evidencia de Cobertura*. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tenga derecho conforme esta *Evidencia de Cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. Un Miembro debe presentar la tarjeta de membresía del plan, no una tarjeta de Medicare, en el momento del servicio. Por favor llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la contraportada de este folleto si necesita reemplazar su tarjeta de membresía.

Nota: Se cancelará la inscripción por causa de cualquier miembro que permita deliberadamente el abuso o el uso indebido de la tarjeta de membresía. Nuestro plan está obligado a denunciar a la Oficina del Inspector General una desinscripción que resulte del abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo cual puede resultar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y los proveedores participantes es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados o agentes de nuestro plan y ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es un empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan se hace responsable de la negligencia, actos ilícitos u omisiones de otros proveedores de atención médica. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el Miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 7 Fraude del plan de atención médica

El fraude en el plan de atención médica se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, miembro, empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede ser procesado. Cualquier persona que voluntariamente y a sabiendas participa en una actividad destinada a ocasionar fraude al plan de atención médica, por ejemplo, presentando un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude en el plan de atención médica.

Si le preocupa cualquiera de los cargos que aparecen en un formulario de factura o Explicación de Beneficios, o si conoce o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude gratuita de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias fuera del control del plan

En la medida en que un desastre natural, guerra, disturbios, insurrección civil, epidemia, destrucción total o parcial de las instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, discapacidad del personal del grupo médico significativo, estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, ocasionan que el personal o las instalaciones de nuestro plan no estén disponible para proporcionar u organizar servicios o beneficios bajo esta *Evidencia de Cobertura*, la obligación del plan de proporcionar tales servicios o beneficios se limitará al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar u organizar la provisión de tales servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de Cirugía Ambulatoria: un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que trabaja exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesitan ser hospitalizados y cuya estadía en el centro se espera que no supere las 24 horas.

Apelación: una apelación es lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud para cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir el suministro de servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debería recibir. El Capítulo 9 explica qué son las apelaciones, incluyendo el proceso necesario para presentar una apelación.

Período de Beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingrese en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si usted va a un centro de enfermería especializada una vez que un período de beneficios ha finalizado, se iniciará un nuevo período de beneficios. No hay ningún límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de Marca: medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula con ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes, y por lo general no están disponibles hasta que no caduca la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura en Caso de Catástrofe: la etapa del Beneficio de Medicamentos de la Part D en la que usted no paga o paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos, luego de que usted u otros en su nombre hayan gastado \$3,450 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Coseguro: un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Reclamo: el nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que presta diversos servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de patología del habla y del lenguaje y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Copago: monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento con receta.

Distribución de Costos: la distribución de costos se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exija pagar al recibir medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija pagar al recibir medicamentos o servicios específicos. Una “tarifa de distribución de costos diario” puede aplicarse si su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes, y usted está obligado a pagar un copago.

Nivel de Distribución de Costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de los *seis* niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si el plan cubre un medicamento recetado y el monto, si corresponde, que el miembro debe pagar por la receta. Por lo general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

cubierta por su plan, eso no constituye una determinación de cobertura. Es necesario que usted llame o escriba a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos Cubiertos: término que utilizamos para describir a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios Cubiertos: término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que promete pagar, en promedio, al menos tanto como lo que cubre la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de ser elegibles para Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de Custodia: la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un centro de convalecencia, un centro de atención para pacientes terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o cuidado de enfermería especializado. La atención de custodia es la atención personal que puede ser proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, como ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o una silla, trasladarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas desarrollan por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa de distribución de costos diaria: una “tarifa de distribución de costos diaria” puede aplicarse si su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes, y usted está obligado a pagar un copago. La tarifa de distribución de costos diaria es el copago dividido por la cantidad de días de suministro de un mes. Veamos un ejemplo: si su copago para un suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro para un mes en su plan es para 30 días, entonces su “tarifa de distribución de costos diaria” es de \$1 por día. Esto significa que, al obtener su receta, usted paga \$1 por el suministro de cada día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cancelar o cancelación: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Tarifa de Preparación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de abastecer una receta. La tarifa de preparación cubre costos tales como el tiempo que tarda el farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

Individuo con Doble Elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para tener la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico que ha sido solicitado por su médico para utilizarlo por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros diabéticos, dispensadores de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted o una persona prudente no experta, con conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata a fin de prevenir la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: los servicios cubiertos que son: (1) brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con el formulario de inscripción y demás anexos, modificaciones u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, en caso de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos del patrocinador de su plan (una excepción a la lista de medicamentos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de distribución de costos más bajo (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita o si el

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

plan limita la cantidad o dosis de un medicamento que usted solicita (una excepción a la lista de medicamentos).

Ayuda Adicional: programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Flex Card: una tarjeta de débito, prepaga por el plan, que se puede usar para ayudar a pagar los gastos de bolsillo de los proveedores dentales, de visión y de audición que aceptan VISA.

Medicamento Genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” actúa de igual manera que un medicamento de marca y regularmente cuesta menos.

Queja: tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o las farmacias, como también un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Asistente de Salud a Domicilio: un asistente de salud a domicilio brinda servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que le indicaron). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención para Pacientes Terminales: un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un centro de atención para pacientes terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de atención para pacientes terminales en su área geográfica. Si usted elige el servicio de atención para pacientes terminales y continúa pagando las primas, continuará siendo miembro de nuestro plan. Puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. La atención para pacientes terminales proporcionará un tratamiento especial correspondiente a su estado.

Internación en un Hospital: la internación en un hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con sus Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado y modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de un cierto monto, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con sus Ingresos, también conocido como IRMAA. El Monto Mensual Relacionado con sus Ingresos (IRMAA) es un cargo adicional agregado a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Asociación de Práctica Independiente (IPA): asociación de médicos que incluye a PCP y a especialistas, y a otros proveedores de atención médica, entre ellos, los hospitales, que tiene un contrato con el plan para brindarles servicios a los miembros. Consulte el Capítulo 1, Sección 8.1.

Límite de Cobertura Inicial: límite máximo de la cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: la etapa anterior al momento en que sus gastos totales en medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y que nuestro plan ha pagado en su nombre durante el año, han alcanzado \$4,430.

Período de Inscripción Inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en que usted puede inscribirse para la Part A y la Part B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumple 65 años, incluye el mes que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes que cumple 65 años.

Multa por Inscripción Tardía: monto que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si carece de cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más. Usted paga este monto superior siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará multa por inscripción tardía. Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (Ayuda Adicional), debe mantener su cobertura de la Part D o podría quedar sujeto a una multa por inscripción tardía si elige inscribirse en la Part D en el futuro.

Lista de Medicamentos Cubiertos (“Lista de Medicamentos”): lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. Los medicamentos de esta lista son

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo: es el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B de Medicare. Los montos que paga por las primas de Medicare de la Part A y Part B, y los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo de bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre la cantidad máxima de dinero en efectivo.

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, se le cubrirá la mayoría de los costos de cuidado de la salud. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 6.

Indicación Medicamento Aceptada: se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación medicamento aceptada.

Medicamento Necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen las normas establecidas de la práctica médica.

Grupo Médico: una asociación de médicos, que incluyen PCP y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluso hospitales, que tienen contratos con el plan para proveer servicios a los miembros inscritos. Consulte el Capítulo 1, Sección 3.2.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas de menos de 65 años con determinadas discapacidades, y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (en general personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: período que se establece todos los años durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted opta por cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Part C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Part A y Part B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un plan Privado de Tarifa-por-Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan, y no son pagados por Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Part D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tengan la Part A y la Part B de Medicare reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de Descuento Durante la Etapa Sin Cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Part D a los miembros inscritos en la Part D que hayan alcanzado la Etapa Sin Cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen un descuento.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Part A y la Part B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por la Part A y la Part B de Medicare.

Plan de Salud Medicare: un plan de salud Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Part A y la Part B de Medicare a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, plan de Costos de Medicare, Programas de Demostración/Piloto, y Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Part D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados de pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Part A y la Part B de Medicare no cubren.

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por las compañías aseguradoras privadas para cubrir las “brechas” que deja Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con el plan Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): persona con cobertura de Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros, consulte el Capítulo 2.

Farmacia de la Red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Nosotros las denominamos “farmacias de la red” porque están contratadas por nuestro plan. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren únicamente si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud que están licenciados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando han acordado con nuestro plan aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme a los acuerdos que ha firmado con ellos o si acceden a proporcionar servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también reciben el nombre de “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted para obtener artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare de “Tarifa-por-Servicio”): el Gobierno ofrece Original Medicare y no los planes de salud privados, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud los montos establecidos por el Congreso. Usted puede visitar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte correspondiente al monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Part A (Seguro de Hospital) y Part B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de Cobertura*, nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que recibe de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red: proveedor o centro con el cual no tenemos un contrato para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red no son empleados de nuestro plan, sus establecimientos no pertenecen a nuestro plan ni son operados por él, y no han firmado ningún contrato para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de Bolsillo: consulte la definición de “distribución de costos” descrita anteriormente. Un requisito de distribución de costos que un miembro tiene que pagar por una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

Plan PACE: el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para las personas débiles a fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un centro de convalecencia), siempre que sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Part C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Part D: programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Part D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Medicamentos de la Part D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Part D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Part D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Algunas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas de la cobertura de medicamentos de la Part D por el Congreso.

Multa por inscripción tardía de la Part D: monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si carece de cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio; como mínimo lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más después de reunir los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Part D. Usted paga este monto superior siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se cumplen 63 días consecutivos o más sin la Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Distribución de Costos Preferencial: una distribución de costos preferencial significa una distribución de costos más baja para ciertos medicamentos cubiertos de la Part D de Medicare en determinadas farmacias de pedidos por correo de la red.

Prima: pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de servicios de salud o medicamentos recetados.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El PCP se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también puede consultar a otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los Proveedores de Atención Primaria.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Autorización Previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar incluidos en nuestra Lista de medicamentos. Algunos de los servicios dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos para los cuales se requiere una autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red recibe nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en la lista de medicamentos con una marca.

Prótesis y Aparatos Ortopédicos: estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado médico. Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4.

Límites de Cantidad: herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o a un período definido.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia de patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: una área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el área donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de cuidado de rutina (sin carácter de emergencia). Si usted se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan, el plan puede cancelar su inscripción.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibidos de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado de un

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

centro de enfermería especializada incluyen la terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo de Plan especial de Medicare Advantage que brinda atención médica especial para grupos específicos de personas, tales como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un centro de convalecencia o tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Distribución de Costos Estándar: distribución de costos estándar es aquella que no es la distribución de costos preferida ofrecida en una farmacia de servicio por correo de la red.

Terapia Escalonada: una herramienta que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó en un primer momento.

Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios Urgentemente Necesarios: los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista sin carácter de emergencia que requiere atención médica inmediato. Los servicios urgentemente necesarios pueden brindarlos los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos temporalmente.

Servicios para Miembros de Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros - Información de Contacto
LLAME AL	1-866-330-9368 Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable. Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día laborable.
ESCRIBA A	Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) Wellcare by Allwell 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
SITIO WEB	www.wellcare.com/allwellPA

Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program

APPRISE es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno Federal para brindar asesoría gratuita de seguro de salud local a personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME AL	1-800-783-7067 De lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m. hora local
TTY	711
ESCRIBA A	Pennsylvania Department of Aging Pennsylvania APPRISE Health Insurance Counseling Program 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
SITIO WEB	http://www.aging.pa.gov/Pages/default.aspx

Declaración de Divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.