



CCHP Senior Program (HMO)

Evidence of Coverage
Evidencia de cobertura

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de CCHP Senior Program (HMO)

En este documento se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta y de atención médica de Medicare, con vigencia desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-775-7888 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898). El horario es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. durante el periodo de inscripción. Fuera del periodo de inscripción (abril a septiembre) el horario es lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CCHP Senior Program (HMO), es ofrecido por Chinese Community Health Plan. (Cuando en esta Evidencia de cobertura se menciona “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Chinese Community Health Plan. Cuando menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCHP Senior Program (HMO).)

Este documento está disponible gratuitamente en chino, español y tagalo.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o copagos/coseguros podrían cambiar en enero 1, 2026.

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para aprender más acerca de:

- La prima de su plan y el costo compartido;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro		5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para CCHP Senior Program (HMO).	10
SECCIÓN 5	Más información acerca de su prima mensual	13
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado el registro de membresía de su plan	16
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes		19
SECCIÓN 1	Contactos de CCHP Senior Program (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	20
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	23
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4	Organización de mejora de la calidad	26
SECCIÓN 5	Seguro Social	27
SECCIÓN 6	Medicaid	27
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	28
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	30
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	31
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos		32
SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2	Utilice proveedores en la red del plan para obtener su atención médica	35
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	39
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?	41
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	42

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención de salud no médica"	44
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario de equipos médicos duraderos	45
CAPÍTULO 4:	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	47
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	48
SECCIÓN 2	Use la Tabla de Beneficios Médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	94
CAPÍTULO 5:	Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D.....	98
SECCIÓN 1	Introducción	99
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	99
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan.....	104
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	106
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera?	108
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para uno de sus medicamentos?	111
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?.....	113
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	114
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	115
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y manejo de medicamentos	117
CAPÍTULO 6:	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D	120
SECCIÓN 1	Introducción	121
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	124
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	124
SECCIÓN 4	No hay deducible para CCHP Senior Program (HMO).....	126
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	126
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos	Error! Bookmark not defined.

SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga.	131
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 134		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	135
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	137
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no.	138
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 140		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales como miembro del plan.	141
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	147
CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 149		
SECCIÓN 1	Introducción	150
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada.....	150
SECCIÓN 3	¿Qué procedimiento debe utilizar para tratar su problema?	151
SECCIÓN 4	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	152
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	156
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	164
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto	175
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	180
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	184
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	187
CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en el plan 191		
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	192
SECCIÓN 3	¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?.....	195

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	195
SECCIÓN 5	CCHP Senior Program (HMO) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	196
CAPÍTULO 11: Avisos legales		198
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	199
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	199
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	199
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes.		200

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en CCHP Senior Program (HMO), que es un HMO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido su atención de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, CCHP Senior Program (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

CCHP Senior Program (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

En este documento sobre la Evidencia de cobertura, se describe cómo puede obtener la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan, y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos cobertura y servicios cubiertos se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de CCHP Senior Program (HMO).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o si tiene alguna pregunta póngase en contacto con Servicio para Miembros.

Sección 1.3	Información legal sobre la Evidencia de cobertura
--------------------	--

La presente Evidencia de cobertura forma parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo CCHP Senior Program (HMO) cubrirá su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que está inscrito en CCHP Senior Program (HMO), desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CCHP Senior Program (HMO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

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

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad
--

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

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

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan CCHP Senior Program (HMO)
--

CCHP Senior Program (HMO) está disponible sólo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: San Francisco y San Mateo

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, usted no puede seguir siendo miembro de este plan. Por favor comuníquese con el Servicio para Miembros para ver si tenemos un plan su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

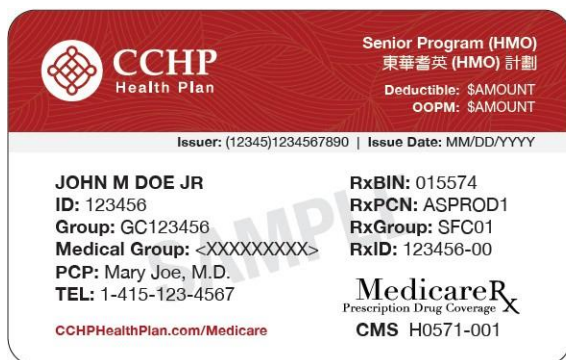
También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadano de EE.UU o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano de EE.UU. o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificarán a CCHP Senior Program (HMO) si usted no es elegible para continuar siendo miembro basado en esta razón. CCHP Senior Program (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

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



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de CCHP Senior Program (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

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

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores/Farmacias

El Directorio de Proveedores/Farmacias incluye nuestros proveedores y farmacias de la red actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CCHP Senior Program (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El Directorio de Farmacias que se encuentra en CCHPHealthPlan.com/Medicare incluye las farmacias de nuestra red. Las **Farmacias de la Red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Usted puede utilizar el Directorio de Proveedores/Farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene su copia del Directorio de Proveedores/Farmacias, usted puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de copias impresas del Directorio de Proveedores/Farmacias se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare.

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

El plan cuenta con una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarlo. Indica cuáles son los medicamentos con receta que cubre CCHP Senior Program (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de CCHP Senior Program (HMO).

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

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.CCHPHealthPlan.com/medicare) o llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CCHP Senior Program (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

El programa de “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya está inscrito y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta Evidencia de cobertura puede que no se aplique a su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual Medicare y Usted 2025, la sección llamada “Costos de Medicare 2025”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, 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 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de CCHP Senior Program (HMO) es de \$21.00.

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

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando recién se inscribe en CCHP Senior Program (HMO), nosotros le dejamos saber a cuánto asciende la cantidad de la multa.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
 - Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
 - Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Lo siguiente no es una cobertura acreditable de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de esta manera:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si lleva 14 meses sin cobertura, la sanción será del 14%.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país a partir del año anterior. Para 2025, este monto promedio de primas es de \$36.78.
- Para calcular su penalidad mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a la cifra más cercana a 10 centavos. En el ejemplo que le damos sería 14% multiplicado por \$36.78, lo que equivale a \$5.15. Esto redondea a \$5.20. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual de alguien que tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que usted debe saber sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque se cambie de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tiene la cobertura después de su período de inscripción inicial de envejecimiento en Medicare.

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

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras está esperando una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podría cancelar su inscripción por no pagar sus primas del plan.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban **pagar un cargo adicional**, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la **Parte D**, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad extra será retenida de su cheque de beneficios de Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario u Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si **no está de acuerdo sobre el pago de una cantidad adicional**, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, se ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, usted puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información acerca de su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas para pagar la prima del plan

Existen cuatro formas para pagar la prima del plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Opción 1: puede pagar con cheque

Si usted elige esta opción, le enviaremos una factura cada mes (aproximadamente dos semanas antes del vencimiento del próximo pago) y siempre incluiremos un sobre para su mayor comodidad. La prima mensual del plan debe recibirse antes del primer día de cada mes. Si usted lo prefiere, puede pagar más de un mes a la vez. Por ejemplo, usted puede enviarnos un cheque con un valor de \$118.50 para el pago de tres meses. Aún si usted paga más de un mes por vez, recibirá una declaración cada mes para que de este modo sepa cuándo será su próximo vencimiento. Cada vez que envíe su pago, asegúrese de incluir la parte superior de la declaración. Haga su cheque a nombre de Chinese Community Health Plan. Si nos devuelven su cheque por cualquier razón, se le aplicará un recargo por fondos insuficientes de \$15.

Opción 2: Usted puede pagar por medio de una transferencia electrónica de fondos (ETF, por sus siglas en inglés)

Usted puede hacer que el pago de su prima mensual de plan sea debitada automáticamente de su cuenta bancaria. Si elige esta opción, el débito automático será realizado aproximadamente el día 15 de cada mes. Comuníquese con el Servicio para los miembros para obtener una copia del formulario y las instrucciones para débito automático. Si tiene fondos insuficientes en su cuenta bancaria para la fecha del débito automático, se le aplicará un recargo de \$15.

Opción 3: Puede pagar en efectivo

Algunas personas prefieren pagar sus facturas en efectivo. Si usted debe pagar en efectivo, tenemos un acuerdo con el Bank of the Orient (sucursal Chinatown) en 1023 Stockton Street para que reciba pagos en efectivo. Para realizar el pago en efectivo, debe entregar al cajero su pago junto con la parte superior de la declaración. Solo la sucursal Chinatown del Bank of the Orient aceptará pagos en efectivo. Los pagos deben realizarse en horario bancario. La prima mensual del plan debe recibirse antes del primer día de cada mes. No se aceptarán pagos en efectivo en el Chinese Hospital o en las oficinas de CCHP.

Opción 4: puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, póngase en contacto con el Servicio para los miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono del Servicio para los miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Cómo cambiar la forma en que paga su prima

Si decide cambiar la opción con la que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de su prima antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos su prima en un plazo de 3 meses calendario. Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagar la multa para poder retener la cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la prima dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros para que le recomendemos programas que le ayudarán a pagar sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare brindará su cobertura de salud. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo las primas que aún no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago de las primas que nos deba. Y/O en el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja; consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y provocó que no pudiera pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-888-775-7888 entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., los 7 días de la semana (1 de octubre - 31 de marzo). Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (1 de abril - 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días calendario después de la fecha de finalización de su membresía.

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

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

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

deberá comenzar a pagar la prima mensual en su totalidad. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Allí, se detalla la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de atención primaria/su grupo médico/su asociación de médicos independientes (IPA, por sus siglas en inglés).

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid)
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga.)

Si hay algún cambio, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio para los miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación 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.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de CCHP Senior Program (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

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

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio para los miembros de CCHP Senior Program (HMO). Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicio para Miembros – Datos
LLAME	1-888-775-7888 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicio para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-681-8898 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-415-397-2129
ESCRIBA	CCHP Health Plan Attn: Member Services Center 445 Grant Avenue, Suite 700 San Francisco, CA 94108 Correo electrónico: MemberServices@CCHPHealthPlan.com
SITIO WEB	www.CCHPHealthPlan.com/medicare

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

con receta de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Método	Decisiones sobre la cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D – Datos
LLAME	1-888-775-7888 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	1-877-681-8898 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-415-397-2129
ESCRIBA	CCHP Health Plan Attn: Utilization Management 445 Grant Avenue, Suite 700 San Francisco, CA 94108

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Método	Quejas sobre la atención médica: Datos
LLAME	1-888-775-7888 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	1-877-681-8898 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-415-397-2129
ESCRIBA	CCHP Health Plan Attn: Utilization Management 445 Grant Avenue San Francisco, CA 94108
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre CCHP Senior Program (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.CCHPHealthPlan.com/medicare

Dónde puede enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago - Datos
LLAME	1-888-775-8898 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	1-877-681-8898 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-415-397-2129
ESCRIBA	CCHP Health Plan Attn: Member Services 445 Grant Avenue San Francisco, CA 94108
SITIO WEB	www.CCHPHealthPlan.com/medicare

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

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

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

Método	Medicare – Datos
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Datos
TTY	1-877-486-2048 1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de CCHP Senior Program (HMO): • Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre CCHP Senior Program (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés).

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

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

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) (California SHIP) – Datos
LLAME	1-415-677-7520
ESCRIBA	Condado de San Francisco: Health Insurance Counseling and Advocacy Program 601 Jackson Street San Francisco, CA 94133
SITIO WEB	www.hicap.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad que ha sido designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

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

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

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

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de California) – Datos
LLAME	1-877-588-1123 Lunes a viernes, 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana/días festivos 11:00 am a 3:00 pm
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.bfccqioarea5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

Método	Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California – Datos
LLAME	1-855-355-5757 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
ESCRIBA	SF Benefits Net 1440 Harrison St. San Francisco, CA 94103
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx

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

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las

personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Si califica automáticamente para “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrás que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para obtener "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana;
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si necesita ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, Servicios al Cliente le ayudará. Vamos a completar un formulario y enviarlo a Medicare con el fin de determinar si usted es elegible para recibir ayuda adicional. Al recibir una respuesta por parte de Medicare, se le notificará acerca de si usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional. Vamos a hacer varios intentos para contactarle en el plazo de un día hábil después de que el Plan reciba los resultados de Medicare. Si no tenemos éxito en nuestros intentos de contactarle, le enviaremos una carta que especifica si es o no elegible para recibir ayuda adicional. También nos pondremos en contacto con usted si no podemos confirmar su elegibilidad para recibir ayuda adicional. Si no está de acuerdo con los resultados, Servicios al Cliente le proporcionará los datos de contacto de Medicare.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia, o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la

farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué pasa si usted tiene “Ayuda Adicional” y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que califican para ADAP y que viven con VIH/SIDA para que puedan tener acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de California (ADAP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su Estado, los individuos deben cumplir con ciertos requisitos, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estar no asegurados o sub-asegurados. Si se cambia a otro plan, por favor notifique al personal de inscripción de su ADAP local para que puede continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de California (ADAP) al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de jubilación para ferroviarios – Datos
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona el “0” puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y el miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Si presiona “1” puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB con información grabada 24 horas al día, incluyendo fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja), llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Servicio para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja). (Los números de teléfono del Servicio para los miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas a su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

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

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).

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

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

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

Como plan de salud de Medicare, CCHP Senior Program (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

CCHP Senior Program (HMO) generalmente, cubrirá la atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros, equipo o medicamentos son

necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada, o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. Existen tres excepciones:
 - El plan cubre la atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicio de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1	Debe elegir a un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	--

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

El proveedor de atención primaria es denominado, en algunas oportunidades, como un PCP. El PCP es un médico o clínica que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindarle atención médica básica. Usted obtendrá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro Plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento. La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar a otros proveedores de la red sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de productos o servicios cubiertos, su PCP deberá aprobarlos por adelantado (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica. Usted debe hacer llegar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su nuevo PCP. De este modo, su PCP podrá consultar estos registros para verificar si, en la actualidad, tiene algún problema de salud y coordinar su atención.

Si usted tiene una enfermedad o lesión repentina que no es una emergencia médica (según se explica en esta sección) y se encuentra dentro del área de servicio del plan, comuníquese con su PCP. Si usted necesita comunicarse o ver a su PCP luego del horario de consultorio, llame al número de teléfono de su médico. Siempre encontrará un médico disponible para ayudarlo. Este médico le devolverá la llamada y lo asesorará sobre qué hacer

¿Cómo elige su PCP?

Cuando se hace miembro de nuestro Plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Usted puede elegir a su PCP al momento de inscribirse utilizando el Directorio de proveedores/farmacias y/o obteniendo información del Servicio para los miembros. Si usted no elige a su PCP en el formulario de inscripción, el Servicio para los miembros lo llamará y ayudará en el proceso de elección. Si existe algún hospital en particular en el que usted desee ser atendido, asegúrese primero de que su PCP atienda en ese hospital. El nombre y el número de teléfono de la oficina de su PCP se encuentran impresos en su tarjeta de miembro del plan.

Cambio de su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Comuníquese con Servicio para los miembros si usted desea

cambiar su PCP. Cuando llame, asegúrese de informar al Servicio para los miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la autorización del PCP (por ejemplo, servicios de salud a domicilio y equipos médicos duraderos). El Servicio para los miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención del especialista, así como los demás servicios que estuviese recibiendo. También verificará que el nuevo PCP que desea elegir acepte a nuevos pacientes. El Servicio para miembros le comunicará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de miembro con el nombre y número de teléfono del nuevo PCP. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente de su solicitud.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra el COVID-19, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran servicios que se necesitan con urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentre afuera.

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

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

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

Para algunas clases de referencias a especialistas del Plan, es posible que su PCP necesite obtener la aprobación previa del plan. Es de suma importancia que obtenga una referencia (aprobación previa) de su PCP antes de que vea a un especialista del plan o algún otro proveedor. (Existen unas pocas excepciones, incluida la atención médica de rutina de la mujer según se explica en la Sección 2.2). Si no obtiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios. Si el especialista quiere que usted regrese para obtener más atención, primero verifique y asegúrese de que la remisión (aprobación previa) que le dio su PCP para la primera visita cubra visitas adicionales al especialista. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren una aprobación previa.

Cada PCP a menudo trabaja con ciertos especialistas del plan cuando hace referencias. Asegúrese de consultar con su PCP si hay especialistas determinados o centros que usted debe usar. Si usted desea ser atendido en hospitales determinados, llame al Servicio para los miembros y averigüe si su PCP atiende en esos hospitales.

- Usted, su PCP o proveedor pueden obtener autorización previa para ciertos servicios del plan. La solicitud de autorización previa se puede iniciar por fax, teléfono, correo o el Portal de proveedores en línea. El plan o su delegado toma la decisión de autorización previa en función de sus beneficios y necesidad médica.

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

Podemos hacer cambios a los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su proveedor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proveamos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas cualificados.

- Le notificaremos de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de él o lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa).
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Cuando los proveedores de servicios especializados no estén disponibles en la red de proveedores, el plan tomará medidas para que usted pueda recibir atención de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si lo necesita, llame para pedir una ambulancia. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. El número de teléfono para llamar a nuestro plan se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del plan.

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores que no pertenecen a la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

- Si acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- – O – La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener este cuidado urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2	Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios de cuidado de urgencia y emergencia fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias de que dicho servicio estaría cubierto dentro de los Estados Unidos. Usted tendrá que pagar el costo total al momento de obtener el servicio, obtener recibos y todos los registros médicos relevantes y luego solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre.

Si el gobernador de su estado, la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a la atención de su plan.

Por favor, visite el siguiente sitio Web: www.cchphealthplan.com/medicare para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

En general, si usted no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que usted pueda obtener sus medicamentos con receta 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 se le factura directamente el costo total de sus servicios?

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

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

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

CCHP Senior Program (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. La cantidad que paga por servicios, más allá del límite de beneficios de los servicios cubiertos, será considerada para el máximo que usted paga de su bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni que el plan o el PCP lo aprueben. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Por favor tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los miembros de Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por los análisis, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

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

¿Desea obtener más información?

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

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

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

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

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención de salud no médica

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

- Atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que es requerido por la ley federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:

- Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
- - y – debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

No hay límite para la cantidad de días de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario de equipo médico duradero

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

Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) incluyen artículos tales como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, tales como prótesis. En esta sección, discutiremos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CCHP Senior Program (HMO), por lo general, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros para más información.

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

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

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o al Medicare Original) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para equipo, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, CCHP Senior Program (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja CCHP Senior Program (HMO) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno se debe devolver al propietario.

¿Qué pasa si usted deja su plan y regresa a Original Medicare?

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

CAPÍTULO 4:

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

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de CCHP Senior Program (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos
--------------------	---

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

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

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad de Medicaid o de QMB, si aplica.

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

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de \$6,700.

Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$6,700, no tendrá que seguir pagando de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Como miembro del plan CCHP Senior Program (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales separados, denominados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica, aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o servicios que necesita con urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o servicios que necesita con urgencia estando fuera del área de servicio).
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**SECCIÓN 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para averiguar que está cubierto y cuánto pagará****Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan**

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que CCHP Senior Program (HMO) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios deben ser médicamente necesarios (se incluye atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la Parte B). Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor que no pertenezca a la red, al menos que sea cuidado de emergencia o urgente o al menos que su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Eso significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su médico de atención primaria (PCP) deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión. En el Capítulo 3 se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todos lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga menos. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025). Revíselo en línea en <http://www.medicare.gov/> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo bajo Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costos para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera profesional, o enfermera clínica especialista	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Acupuntura para el dolor en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • que dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si está retrocediendo. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría 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 estado libre asociado (como Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$5

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una emergencia o para una situación que no es una emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica usar cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud, o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que usar cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Es posible que se apliquen reglas de autorización previa para viajes en ambulancia que no sean de emergencia. Copago de \$265 por viaje por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierto una vez al año. Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta Bienvenido a Medicare para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de mamografías cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una referencia del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$20 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la terapia intensiva y los servicios de prevención de enfermedades cardiovasculares.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares, cubiertas una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou que no está dentro de los parámetros normales dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Sólo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta cubierta por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de Biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no corren alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Copago de \$0 para enemas de bario cubiertas por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos: Atención dental preventiva cubierta por contrato con el proveedor Delta Dental. Para obtener detalles completos sobre la cobertura, consulte el documento adjunto de Evidencia de Cobertura (EOC) de 2025.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Examen dental (limitado a dos veces al año) con copago de \$0.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.	No hay coseguro, copago ni deducible para una revisión anual para detectar la depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubriremos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios, y suministro para la diabetes Para todas las personas que padecen de diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre; glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de diabetes cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este documento, además del Capítulo 3, Sección 7, encontrará la definición de equipos médicos duraderos.) Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden pedirlo por separado. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.CCHPHealthPlan.com/medicare. Generalmente, CCHP Senior Program (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en CCHP Senior Program (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera para una segunda opinión.) Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas).)	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red 20% del costo compartido por artículo para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de la salud y la medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es el mismo que para los servicios proporcionados dentro de la red. La atención de emergencia es cubierta a nivel mundial.	Copago de \$90 por cada consulta en la sala de emergencias dentro de los Estados Unidos. Se exime de este copago si es hospitalizado dentro de 24 horas. Copago de \$90 por cada visita a la sala de emergencias fuera de los Estados Unidos (monto máximo de cobertura de \$25,000). No exime el copago si es hospitalizado. Debe pagar los servicios por adelantado y solicitar un reembolso. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga siendo cubierta.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Tarjeta Grocery Flex para Alimentos Usted paga \$0 de su bolsillo por una tarjeta Grocery Flex, administrada por NationsBenefits. Al finalizar su visita anual de bienestar, puede solicitar el beneficio disponible de \$20 por mes en la tarjeta Grocery Flex en las tiendas minoristas participantes.	No hay coseguro, copago ni deducible para la tarjeta Grocery Flex. Usted puede utilizar la combinación de la asignación mensual de \$20* de la tarjeta de alimentos y la asignación mensual de \$40 de venta libre de cualquier forma que le convenga para comprar alimentos saludables y artículos de venta libre. * El beneficio de la tarjeta de alimentos está sujeto a la realización de la visita anual de bienestar. Consulte con Servicio para Miembros para obtener más información.
 Programas de educación para la salud y el bienestar. Hay más de 80 clases educativas sobre salud y bienestar por año que cubren una amplia variedad de temas que incluyen, entre otros: alergias, manejo de medicamentos y prevención de accidentes cerebrovasculares.	Dentro de la red Copago de \$0

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing: • Exámenes de audición de rutina: un examen cada año • Audífonos: hasta \$3,000 (ambos oídos combinados) para el costo de hasta dos audífonos de NationsHearing cada año. • Evaluaciones de adaptación de audífonos: una adaptación/evaluación de audífonos cada año Las compras de audífonos incluyen: • 3 visitas de seguimiento dentro del primer año de la fecha de ajuste inicial • Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono) • Primer juego de moldes auditivos (cuando sea necesario) Nuestro plan tiene un contrato con NationsHearing para proporcionar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Usted debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 392-3753 (TTY: 711) o en la web en nationshearing.com/cchp para obtener más información o para hacer una cita.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$0 para exámenes auditivos cubiertos por Medicare. Servicios de audición no cubiertos por Medicare: Examen de audición de rutina: copago de \$0 Evaluación de adaptación de audífonos: copago de \$0 Audífonos: asignación de \$3,000 por año. Este beneficio le permite recibir un par de audífonos de una amplia selección de tecnología, varios de ellos sin costo de bolsillo. Las compras de audífonos deben realizarse a través de NationsHearing.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que está en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que califiquen para la prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliar de enfermería especializada y de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistencia domiciliaria deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$0 por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería; proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Entrenamiento y educación para pacientes que no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Coseguro del 20% por servicios de terapia de infusión domiciliaria cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Atención en un hospicio

Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando el médico y el director médico del hospicio le han dado una prognosis terminal que certifique que usted es un enfermo terminal y tiene 6 meses o menos para vivir si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor
- Atención de alivio a corto plazo
- Atención en el hogar

Cuando usted es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.

Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Medicare Original paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.

Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni los necesita de urgencia, y están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor dentro la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y sigue las reglas del plan para obtener servicios, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por CCHP Senior Program (HMO).

Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias.

Dentro de la red/fuera de la red

Copago de \$0

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios que están cubiertos por CCHP Senior Program (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> CCHP Senior Program (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?). Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas antigripales adicionales sin son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B, y el COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes internados Incluye atención aguda hospitalaria, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería normales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por uso de sustancias tóxicas para pacientes internados	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Para miembros que utilizan los servicios para pacientes internos de Chinese Hospital: Días 1-7: Copago de \$100 al día. Días 8-90: Copago de \$0 al día. Para los demás hospitales contratados: Días 1-7: Copago de \$305 al día. Días 8-90: Copago de \$0 al día. No hay límites en la cantidad de días cubiertos por el Plan en cada hospitalización. El plan cubre 60 días de reserva de por vida.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Atención para pacientes internados (continuación)

- Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante en la red se encuentran fuera del patrón de cuidado de la comunidad, usted puede optar por ir localmente o a distancia siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa Original de Medicare. Si CCHP Senior Program (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en esta ubicación lejana, arreglaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Servicios de médicos

Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.

También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare: ¿Está usted hospitalizado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!. Disponible en Internet en <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.

Para miembros que utilizan Chinese Hospital:

Días 1-7: Copago de \$100 al día.

Días 8-90: Copago de \$0 al día.

Para los demás hospitales contratados:

Días 1-7: Copago de \$305 al día.

Días 8-90: Copago de \$0 al día.

Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al Plan que usted será hospitalizado.

Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención psiquiátrica que requieren hospitalización. Usted obtiene hasta 190 días de por vida de atención psiquiátrica para pacientes internados. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados tienen en límite de 190 días de por vida, solo si se cumplen determinadas condiciones. Este límite no se aplica a servicios de psiquiatría para pacientes internados proporcionados en un hospital general.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1-7: Copago de \$250 al día. Días 8-90: Copago de \$0 al día. El Plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por cada día de reserva de por vida: Días 1-7: Copago de \$250 al día. Días 8-90: Copago de \$0 al día. Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será hospitalizado.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Es posible que se aplique un costo compartido, consulte la sección Servicios para Pacientes Ambulatorios de esta tabla de beneficios.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una referencia de su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una referencia del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la referencia todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que califican para el tratamiento médico nutricional cubierto por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por su siglas en inglés) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Coseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia/ radiación. Coseguro del 20% para otros medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)**

- Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)
- Otros medicamentos que usted se administra con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que usted necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por el suministro de insulina para un mes. No se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel de plan.

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la mayoría de vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.

En el capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D y enumera las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección de obesidad preventiva y su tratamiento.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT), agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT, si corresponde • Consejería sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias Dentro de la red Copago de \$0 para los servicios del programa de tratamiento de opioides

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos sólo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!. Esta hoja informativa está disponible en la Web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare: Para los miembros que utilizan los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos en Chinese Hospital: Copago de \$100 por cada consulta. Para los demás hospitales contratados: Copago de \$310 por cada consulta.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede auto-administrar Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Encuentre más información en la hoja de datos de Medicare llamada: ¿Es usted un paciente hospitalizado o externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!. Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Para servicios de hospital externos cubiertos por Medicare: Para miembros que utilizan los servicios para pacientes externos de Chinese Hospital: Copago de \$100 por cada consulta. Para los demás hospitales contratados: Copago de \$310 por cada consulta.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención psiquiátrica para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especialista, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera practicante (NP), un asistente médico (PA), u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Terapias física, ocupacional y terapia del lenguaje y del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORE, por sus siglas en inglés).	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$20 para consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Copago de \$15 para consultas de fisioterapia y/o terapia del lenguaje y del habla cubiertas por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios por uso de sustancias para pacientes externos Cubrimos consultas individuales y grupales para el tratamiento de abuso de sustancias para pacientes externos.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta individual o grupal cubierta por Medicare para tratamiento de paciente externo por abuso de sustancias
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Para cirugías de pacientes externos cubiertas por Medicare: Para miembros que utilizan los servicios de los centros quirúrgicos ambulatorios de Chinese Hospital: Copago de \$100 por cada consulta. Para todos los demás hospitales y centros ambulatorios quirúrgicos contratados: Copago de \$300 por cada consulta.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos a base de hierbas de venta libre. Usted puede ordenar: En línea: Visite NationsOTC.com/cchp Por teléfono: Llame a un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC al 1-877-211-3132 (TTY: 711), de lunes a viernes, excepto días festivos. Por correo: Complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de productos de NationsOTC. También puede comprar artículos de venta libre en establecimientos minoristas participantes.	Usted tiene una asignación mensual de \$40 para gastar en artículos, medicamentos y productos de venta libre aprobados por el plan. Su saldo de beneficio OTC mensual vencerá el 31 de marzo de 2026. Asegúrese de utilizar sus beneficios antes de esa fecha.
Servicios de hospitalización parcial La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo en un entorno como de paciente externo en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el cuidado que se brinda en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización del paciente. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$0 por servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos o profesionales médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico, y tratamiento con un especialista • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si su médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$0 para cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de \$15 para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos o profesionales médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación) • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) de 5 a 10 minutos con su médico, si: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El chequeo virtual no está relacionado con una visita al consultorio en los 7 días anteriores y ○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más pronto disponible • Evaluación de videos y/o imágenes pregrabados que envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas, si: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los 7 días anteriores y ○ La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más pronto disponible • Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, internet o evaluación electrónica de registros de salud, si usted es no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$15 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare. Los beneficios de podiatría cubiertos por Medicare son para el cuidado de los pies médicamente necesario.
 Exámenes para detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como: Bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de las cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red 20% del costo para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a severa y tienen una referencia del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$15 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con de Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol, cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para individuos calificados, un LDCT se cubre cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco de al menos 20 paquetes de años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, reciben una orden por escrito para LDCT durante una consulta de detección de cáncer de pulmón y una consulta compartida de toma de decisiones que cumpla con los criterios de Medicare para tales visitas y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT: los miembros deben recibir una orden por escrito para la detección de cáncer de pulmón de LDCT, la cual puede ser proporcionada durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida de toma de decisiones para exámenes posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta cubierta por Medicare y la visita compartida de toma de decisiones o para el LDCT.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de estos servicios no está disponible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección: Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Coseguro del 20% por consulta, para servicios de diálisis ambulatoria cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para servicios educativos sobre enfermedades renales

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)

(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada, que suele denominarse SNF por sus siglas en inglés).

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)
- Comidas, incluidas dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF
- Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF
- Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF
- Servicios de médicos o profesionales

Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. Sin embargo, en algunas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

- Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando ofrezca atención en un SNF).
- Un SNF donde su cónyuge o pareja esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital.

Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias.

Dentro de la red

Para estadías en SNFs:

Días

1-20: Copago de \$0 al día.

Días 21-100: Copago de \$110 al día.

El Plan cubre hasta 100 días cada año calendario.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de servicios para dejar de fumar y consumir tabaco, cubierto por Medicare.
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Cuando los miembros hipertensos optan por nuestro programa de manejo y completan los requisitos, se aplicará un bono mensual de \$10 a su tarjeta Flex de alimentos/artículos de venta libre.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros participantes elegibles.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés) SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y una referencia para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Ser conducido en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser conducido por el personal auxiliar calificado que sea necesario para garantizar 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 profesional de enfermería / enfermero clínico que debe recibir capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas, hasta 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$0 para Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) para tratar la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle solo el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Los servicios de urgencia tienen cobertura a nivel mundial.	Dentro de la red/ Fuera de la red Copago de \$45 para consultas urgentemente necesarias cubiertas por Medicare dentro de los Estados Unidos. Copago de \$90 para consultas urgentemente necesarias fuera de los Estados Unidos (monto máximo de cobertura de \$25,000). No se exime el copago si usted hospitalizado. Debe pagar los servicios por adelantado y solicitar un reembolso.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de la retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	Es posible que se apliquen normas de autorización y referencias. Dentro de la red Copago de \$20 por exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo por un oftalmólogo dentro de la red. Copago de \$20 para hasta 1 examen ocular de rutina suplementario (refracción ocular) cada año por un proveedor de la red de VSP. Copago de \$0 por: • Un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas cubiertos por Medicare. • Hasta 1 par de anteojos cada dos años por un proveedor de VSP. Límite de \$150 de cobertura del plan para anteojos cada dos años.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre una sola consulta preventiva Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas) y remisiones para otros cuidados si es necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele a la oficina de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.

Sección 2.2 Beneficio suplementario opcional extra que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios dentales preventivos adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales son denominados “**Beneficios suplementarios opcionales**”. Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, usted debe registrarse para ello y es posible que tenga pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en el folleto adjunto están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Ofrecemos beneficios dentales suplementarios opcionales a través de DeltaCare USA Dental HMO Program, que es proporcionada por Delta Dental de California. Si usted ya es miembro de CCHP Senior Program (HMO), puede añadir los beneficios dentales opcionales a su cobertura CCHP Senior Program (HMO) completando un formulario de inscripción durante el Período de Elección Anual desde el 15 de octubre, 2024 hasta el 7 de diciembre, 2024 para obtener cobertura que entre en vigencia el 1 de enero de 2025. Si usted es un nuevo miembro de CCHP Senior Program (HMO), puede agregar los beneficios dentales suplementarios opcionales dentro de los 30 días a partir de la fecha de vigencia de CCHP Senior Program (HMO). Su cobertura es efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos su formulario de inscripción completado. En cualquier momento, usted puede optar por darse de baja de la cobertura dental suplementaria opcional. Si decide cancelar su inscripción, usted no será elegible para reinscribirse hasta el próximo período de elección anual. A continuación, se muestra un resumen de la cobertura dental opcional. Por favor visite www.deltadentalins.com/CCHP para obtener la Evidencia de cobertura dental completa. También puede comunicarse con nosotros para solicitar que le enviemos una copia; nuestra información de contacto se encuentra en la contraportada de este folleto.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Delta Care (DeltaCare USA HMO Program)	Lo que usted debe pagar por estos servicios
Prima mensual adicional	\$10 al mes
Cobertura dental	Servicios de diagnóstico: Copago de \$0 - \$5
Su plan de beneficios complementarios opcionales incluye un plan dental integral a través de una red de dentistas contratados.	Servicios de restauración: Copago de \$0 - \$380
Visite www.deltadentalins.com/CCHP o comuníquese con el departamento de servicio al cliente de Delta Dental al 1-866-247-2486, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo,; lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional sobre su cobertura dental.	Endodoncia: Copago de \$0 - \$380
	Periodoncia: Copago de \$0 - \$225
	Extracciones: Copago de \$0 - \$130
	Prostodoncia, otros servicios de cirugía oral/maxilofacial Copago de \$0 - \$2,100

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)

En esta sección se describen los tipos de servicios que se excluyen de la cobertura de Medicare y por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla describe algunos servicios y productos que no tienen cobertura en ninguna circunstancia o que solo son cubiertos en determinadas condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Sólo están cubiertos bajo condiciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		• Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial. El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No está cubierto bajo ninguna condición	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		• Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas para su cuidado por parte de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No está cubierto bajo ninguna condición.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Sólo están cubiertos bajo condiciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Comidas entregadas a su hogar	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas ligeras.	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Cuidado dental que no sea de rutina		Cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Habitación privada en un hospital.		Es cubierta sólo cuando se considere médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización y /o suministro de anticonceptivos sin receta.	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Atención quiropráctica de rutina		Cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Sólo están cubiertos bajo condiciones específicas
Cuidado dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina de los pies		Cobertura limitada que se brinda de conformidad con las pautas de Medicare, ej., si tiene diabetes.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos.	No está cubierto bajo ninguna condición.	
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No está cubierto bajo ninguna condición.	

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro médico) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su recetador no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan. (Consulte la Sección 2 en este capítulo.)
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Consulte la Sección 3 en este capítulo.)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 en este capítulo.)
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

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

Sección 2.1	Use una farmacia de la red
--------------------	-----------------------------------

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

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores/farmacias, visitar nuestro sitio web (www.CCHPHealthPlan.com/medicare), y/o llamar al Servicio para los miembros.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El Directorio de farmacias le indicará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar los costos de su bolsillo para diferentes medicamentos.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que ha estado usando se queda dentro de la red pero ya no está ofreciendo costos compartidos preferidos, es posible que usted quiera cambiarse a otra red o farmacia preferida, si están disponibles. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los miembros o buscar en el Directorio de farmacias. También puede encontrar los cambios en nuestro sitio web www.CCHPHealthPlan.com/medicare.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si tiene cualquier dificultad accediendo a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, por favor póngase en contacto con el Servicio para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia,

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

sólo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación). Para encontrar una farmacia especializada, busque en el Directorio de farmacias www.CCHPHealthPlan.com/medicare, o llame al Servicio para los Miembros.

Sección 2.3 Cómo 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 disponibles de pedidos por correo son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados como NM en nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestro servicio de pedidos por correo le exige **pedir un suministro de su medicamento para al menos 84 días y un suministro para no más de 90 días.**

Para adquirir formularios de pedidos e información sobre cómo obtener medicamentos con receta por correo, llame al Servicio para los miembros al 1-888-775-7888 (TTY 1-877-681-8898). El horario es 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (1 de octubre al 31 de marzo). De lunes a viernes 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (1 de abril al 30 de septiembre).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en no más de 14 días. Sin embargo, a veces su pedido puede retrasarse. Si por alguna razón su pedido no se puede entregar dentro de 14 días, es posible que tenga que ponerse en contacto con la farmacia de pedidos por correo. Si su pedido por correo se retrasa, por favor obtenga un suministro temporal de una farmacia local. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de salud, se pondrá en contacto con usted para ver si desea recibir el medicamento inmediatamente o más tarde. Es importante que responda cada vez que entre en contacto con la farmacia, para dejarles saber si quieren que le envíen, demoren o suspendan la nueva receta.

Resurtido de recetas por correo. Para resurtidos, por favor póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que terminen los medicamentos de su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido sea enviado a tiempo.

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

Si usted recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

Si usted decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático pero aun así desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia antes de que se acabe su receta actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con MedImpact Direct Mail al 1-855-873-8739 (los usuarios de TTY deben marcar 771), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m., y los sábados, de 6:00 a. m. a 2:00 p. m., para confirmar que su información esté actualizada. También puede ingresar a www.medimpact.com/HomeDeliveryMembers para actualizar su información de contacto.

Si usted recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costos compartidos) a un costo compartido menor. Otras, tal vez, no acepten costos compartidos menores. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. Su Directorio de farmacias, www.CCHPHealthPlan.com/medicare, detalla las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para los miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red sólo si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que usted deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si usted trata de obtener un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista elegible de la red. (Estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Si usted se encuentra fuera del área de cobertura del plan porque está de viaje y se enferma o perdió los medicamentos con receta o se le acaban. (Usted debe seguir las normas de cobertura detalladas en este documento y no hay disponible una farmacia dentro de la red).
- Si sus medicamentos con receta están relacionados con la atención en una emergencia médica o requieren atención médica de urgencia.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo obtenga (en lugar de pagar la parte del costo compartido que habitualmente le corresponde). Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

Sección 3.1	La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura
--------------------	--

El plan cuenta con una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). En esta Evidencia de Cobertura, **la denominamos la Lista de medicamentos para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- esté aprobado por la FDA. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado), o
- está respaldado por ciertas referencias tales como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

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

Medicamentos sin receta

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Lo que no se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2	Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos
--------------------	--

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

- El nivel de costo compartido 1 generalmente incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo.
- El nivel de costo compartido 2 generalmente incluye medicamentos genéricos.
- El nivel de costo compartido 3 generalmente incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel de costo compartido 4 generalmente incluye medicamentos de marca no preferidos.
- El nivel de costo compartido 5 incluye medicamentos especializados. Este es el nivel más alto.

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

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

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

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.CCHPHealthPlan.com/medicare). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.cchphealthplan.com/pharmacy-locator/o llamando a Servicios para Miembros). Con esta herramienta podrá buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción por usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción por usted. (Ver Capítulo 9.)

Restricción de medicamentos de marca o biológicos originales cuando exista una versión genérica o biosimilar intercambiable

En general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona de la misma manera que un medicamento de marca o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o el producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionarán para usted O ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original O nos ha indicado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero usualmente tan eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan

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

cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidades

Limitamos la cantidad que puede obtener de determinados medicamentos, limitando qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que resurta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican otras normas o restricciones respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace su costo compartido más costoso de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.**

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos suministros múltiples para proveer hasta un suministro máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Un cambio en el nivel de atención puede incluir cambios no planificados en los entornos de tratamiento, como ser dado de alta de un entorno de cuidados agudos (hospital) o ser admitido o dado de alta de un centro de atención a largo plazo. Para cada medicamento que no esté en nuestro formulario, o si tiene cobertura limitada y/o costo compartido, cubriremos un suministro temporal de 31 días (o menos si su receta está escrita para menos de un suministro de 31 días).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

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

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 dice lo que debe hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, he aquí algunas cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede pedir una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

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

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura 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 para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

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

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de que podamos hacer cambios en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?
--

Información sobre cambios en 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. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
 - Cuando agregamos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo

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

a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de que hagamos el cambio.
 - **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos hacerlo según las advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en el uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- Nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formulario de American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso no autorizado es cualquier uso del medicamento distinto de los

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

indicados en la etiqueta del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

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

Si usted **recibe “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si 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. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

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

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

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

Si no tiene la información de membresía de su plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque sus datos de inscripción al plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después puede pedir que le reembolsemos la parte del costo que nos correspondía. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su Directorio de farmacias en www.CCHPHealthPlan.com/medicare para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

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

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

En general, si tiene una cobertura de grupo para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será secundaria a su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan del grupo es **acreditable**, quiere decir que incluye una cobertura de medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., anti-náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o recetador que le notifique antes de surtir su receta.

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

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y manejo de medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

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

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios prescriptores o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus prescriptores, si decidimos que su

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

uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados tal vez no sea seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinada(s) farmacia(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de prescriptor(es) determinado(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si usted deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un prescriptor o farmacia específico. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le asignará a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, paliativos o al final de su vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede

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

hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

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

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que alguna parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura para medicamentos**

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

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

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

Hay diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.

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

- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez surte una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

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

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen en sus gastos de bolsillo si los realizan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios

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

- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la compensación para trabajadores)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos según el Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000, este informe le indicará que ha salido de la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le dice lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CCHP Senior Program (HMO)?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados bajo CCHP Senior Program (HMO). La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de los beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D, por sus siglas en inglés)

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

- Llevamos un registro de lo que ha pagado. A esto se le denomina **costo que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta, si es aplicable.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.

Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de su bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

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

- Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2.

Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted. Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, pagos realizados por un programa de asistencia farmacéutica estatal, un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA, por el Servicio de salud para la población india estadounidense y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Revise el informe que le enviamos por escrito. Cuando reciba por correo la Explicación de beneficios (EOB de la Parte D), léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para CCHP Senior Program (HMO)

No hay deducible para CCHP Senior Program (HMO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte

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

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

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

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

- El nivel de costo compartido 1 generalmente incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo.

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

- El nivel de costo compartido 2 generalmente incluye medicamentos genéricos no preferidos.
- El nivel de costo compartido 3 generalmente incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel de costo compartido 4 generalmente incluye medicamentos no preferidos.
- El nivel de costo compartido 5 incluye medicamentos especializados. Este es el nivel más alto.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el Directorio de farmacias del plan en www.CCHPHealthPlan.com/medicare.

Sección 5.2	Una tabla donde se muestran sus costos por un suministro de un medicamento para un mes
--------------------	---

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

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

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

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido en pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido en centro de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para detalles.) (suministro de hasta 14 días)
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$3	Copago de \$0	Copago de \$3	Copago de \$3	Copago de \$3
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos preferidos)	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$60	Copago de \$60	Copago de \$60	Copago de \$60	Copago de \$60
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. El costo compartido minorista estándar de insulina hasta un suministro de 30 días es de \$7 para el Nivel 2. El costo compartido minorista estándar de insulina hasta un suministro de 30 días es de \$35 para los Niveles 3 y 4.

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

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber momentos en los que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos de un mes completo de suministro de sus medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reabastecimiento para diferentes recetas.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costo compartido) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días)
--------------------	---

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días.

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido con el servicio de pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)
Costo Compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$9	Copago de \$0	Copago de \$6
Costo Compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$21	Copago de \$14	Copago de \$14
Costo Compartido Nivel 3 (Medicamentos preferidos)	Copago de \$120	Copago de \$80	Copago de \$80
Costo Compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$180	Copago de \$120	Copago de \$120
Costo Compartido Nivel 5 (Medicamentos especializados)	No existe un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.		

Usted no pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5	Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$2000
--------------------	--

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

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La EOB de la Parte D que usted recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan han gastado en sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso personal de \$2,000 en un año.

Le avisaremos si llega a esta cantidad. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

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

Usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D
- Para los medicamentos excluidos que tienen cobertura bajo nuestro beneficio adicional, usted paga:
 - ya sea el coseguro del 5% del costo del medicamento;
 - o \$4.50 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$11.20 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertos bajo la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Hay dos partes para nuestra cobertura de vacunaciones de la Parte D:

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

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

Sus costos para una vacunación de la Parte D dependen de tres cosas:

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

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Donde obtiene la vacuna.

- La vacuna puede ser dispensada por una farmacia o provista por el consultorio médico.

3. Quien le administra la vacuna.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, usted tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de vacunas de la Parte D, esto significa que a usted se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

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

Situación 1: Usted recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias den ciertas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor para dársela.

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

- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de vacunas de la Parte D para adultos, a usted se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluyendo la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le dé la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de vacunas de la Parte D para adultos, a usted se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, usted puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan, o usted puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina reembolsarle). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Puede que usted reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no

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

puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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

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

Usted puede **solicitarnos** un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamamos para solicitar su pago.

- Usted no tiene que utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.CCHPHealthPlan.com/medicare) o llame al Servicio para los miembros y pida el formulario.

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

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibos pagos a una de las siguientes direcciones:

Reclamaciones médicas:

CCHP Health Plan
Attn: Claims Department
445 Grant Avenue
San Francisco, CA 94108

Reclamaciones de medicamentos con receta:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Verificamos si corresponde que cubramos el servicio o el medicamento, y qué cantidad debemos pagar
--

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

- Si decidimos que la atención médica o medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de no cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted no cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explica las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos una parte o la totalidad de un medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación.
--------------------	---

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para los detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si usted lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante los servicios para miembros de CCHP al 1-888- 775-7888 (Los usuarios de TTY llamen al 1-877-681-8898). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

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

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde ni pague por su atención, debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros.

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

Como miembro de CCHP Senior Program (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Usted tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y participar en decisiones sobre su atención médica

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

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

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

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

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

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez llegue a no tener la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica si llegara a estar incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

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

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

- **Obtener el formulario.** Usted puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al Servicio para los miembros para pedir estos formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Dar copias a las personas indicadas.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que pueda tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que estará internado y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

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

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja con Livanta, la Organización para la mejora de la calidad del estado de California.

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

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

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

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, orientación sexual, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Servicio para los miembros.**
- Puede **llamar a SHIP.** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

- Puede **llamar al Servicio para los miembros.**
- Puede **llamar a SHIP.** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede contactar a **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

- O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta Evidencia de cobertura, para aprender qué es lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dícales a su médico y a otros proveedores de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas; también llamados reclamos**.

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

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

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

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizadas

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible

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

que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

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

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

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

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos y servicios médicos y/o medicamentos con receta de la Parte D) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la Sección 10, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la Evidencia de cobertura deja claro

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

que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un cuidado médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el cuidado o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.

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

- Consulte la Sección 5.4 de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para cuidado médico.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Usted nos puede llamar al Servicio para los miembros**
- Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para miembros y solicite el formulario de Nombramiento de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación de Nivel 1, su médico o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los miembros y pida el formulario Nombramiento de representante legal. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el

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

formulario dentro de los 44 días calendario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimaré su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen los detalles sobre su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 5 de este capítulo:** Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 6 de este capítulo:** Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7 de este capítulo:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8 de este capítulo:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura se termina demasiado pronto (Se aplica sólo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Servicio para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica
--------------------	---

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos son los beneficios que se detallan en el Capítulo 4 de este documento: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

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

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**.

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos médicos y/o servicios (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar
 - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué le dijimos que no.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, y es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico.

Plazos límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica del proceso de apelaciones del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud nos obliga a hacerlo.
 - **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional

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

para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, **o dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la **Organización de revisión independiente** es la **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para peticiones estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice no a parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud)

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

de cobertura de atención médica. (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
- Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, usted puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido de atención médica?
--------------------	--

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si decimos sí a su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 30 días calendario, pero a no más tardar de 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por el cuidado médico, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos no a su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos por el cuidado médico y las razones por las cuales tomamos esa decisión.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3.

Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto o medicamento de la Parte D cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de Lista de medicamentos cubiertos o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se llama una determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una excepción al formulario .
Pedir la eliminación de una restricción de la cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones pedir una excepción al formulario .
Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una excepción de nivel .

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

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si acordamos hacer una excepción y remover una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al medicamento alternativo(s).
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para ningún medicamento del nivel 5
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones****Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costos compartidos no funcionen tan bien para usted o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal**

Una decisión rápida de cobertura se denomina una **determinación acelerada de cobertura**.

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para un reembolso por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o recetador, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que prescribe) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

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

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento por fax o correo postal si es necesario.

Paso 3: Consideraremos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si le decimos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una re-determinación del plan.
Una apelación rápida también se denomina re-determinación acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-888-775-7888).** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que prescribe para obtener más información. Plazos para una apelación rápida
- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción** de su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no.

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

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos exige que lo hagamos.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud pero en un plazo de 7 días calendario como máximo posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si le decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la Organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**, por sus siglas en inglés.

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otra persona que prescribe) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización accede a darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle

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

una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización dice que no a una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).

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

- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que le darán el alta. También ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar cuando se vaya.

- El día que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía más larga en el hospital, y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que expone sus derechos

Dentro de los dos días calendario de ser ingresado al hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En él se explican:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.

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

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- A usted o alguien que actúe en su nombre se le pedirá firmar el aviso.
 - Firmar este aviso sólo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa de su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Tenga a la mano la copia** del aviso firmado para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de dos días calendario antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados en un hospital estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

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

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió, (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) detalla cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes de irse del hospital y **no después de la media noche en el día del alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital después de la fecha del alta sin pagar por ello, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, contáctenos**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso de alta detallado**. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso de alta detallado** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar

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

la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que sí, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que no a su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios para pacientes internados en un hospital finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que no a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad dijo no a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Durante una apelación del Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la estadía hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que no a su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir del recibo de su petición de una segunda revisión, los revisores decidirán sobre su apelación y le indicarán su decisión.**Si la organización de revisión dice que sí:**

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que recibe le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	Esta sección trata sólo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés)
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2	Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura
--------------------	---

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.
--

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**1. Usted recibe un aviso por escrito al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:**

- La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención por un período de tiempo más prolongado.

2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso solo muestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. Firmarlo no significa que está de acuerdo con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Aviso de no cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con su Organización de Mejora de la Calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Para el final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá nuestra **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que sí a su apelación, **deberemos seguir brindándole servicios** cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para

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

pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen que no a su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el mejoramiento de la calidad que vuelva a revisar la decisión de 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 la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo que no a su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario del recibo de su apelación los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

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

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para peticiones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.

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

- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el cuidado médico en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación del Nivel 4.

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 sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo de apelaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo de apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación del Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para peticiones sobre medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fuera aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo de 30 días calendario como máximo** luego de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fuera aprobada por el Consejo de apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo de 30 días calendario como máximo** luego de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

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

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?

El proceso de quejas solo se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicio para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por el Servicio para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Plazos (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos: • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones: puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una denuncia. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

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

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **presentar un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo formal acelerado**.

SECCIÓN 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Servicio para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si quiere presentar un reclamo formal, escriba una carta al Centro de servicio para los miembros del CCHP, explicando sobre su problema. También puede llamar al Servicio para los miembros para que lo ayuden a interponer su reclamo vía telefónica. Documentaremos su solicitud por escrito y le enviaremos un acuse de recibo dentro de un plazo de cinco días calendario. El reclamo debe interponerse dentro de los 60 días siguientes al evento o incidente. Debemos atender su reclamo con la rapidez que requiera su caso sobre la base de su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días desde la recepción de su queja. Podemos ampliar el plazo en hasta 14 días si solicita una ampliación, o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene. Si denegamos su reclamo en su totalidad o en parte, en nuestra decisión por escrito le explicaremos por qué la denegamos, y le informará sobre cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.
- Puede solicitar una queja rápida o reclamo acelerado si usted, su representante o su médico creen que una extensión a la decisión de cobertura o una apelación podría perjudicar gravemente su salud o si el reclamo supone un desacuerdo con nuestra decisión de no acelerar su solicitud para una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 24 horas luego de haber recibido su reclamo acelerado.

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

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde que tuvo el problema del que desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención Organización para la mejora de la calidad
---------------------	---

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre CCHP Senior Program (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en CCHP Senior Program (HMO) puede ser **voluntaria** (cuando usted lo decide) o **involuntaria** (cuando no es usted quien toma la decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que quiere irse. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados,
 - Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado,
 - O, Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en el plan

consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer un cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de CCHP Senior Program (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son 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):

- En general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en el plan

- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés)
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
- – o – Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía, usted puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2025.**

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en el plan

- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debería cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en CCHP Senior Program (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en CCHP Senior Program (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los miembros. • También puede comunicarse con Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en CCHP Senior Program (HMO) cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en el plan

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el pedido por correo para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CCHP Senior Program (HMO) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

CCHP Senior Program (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio para los miembros para averiguar si el lugar donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano de los Estados Unidos o si no está presente legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en el plan

- Debemos avisarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

A CCHP Senior Program (HMO) no se le permite pedirle a usted que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, orientación sexual, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. ubicación dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, 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 local de los Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener cuidado, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462, CCHP Senior Program (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Apelación – la apelación es un recurso que puede utilizar si no está de acuerdo con la decisión tomada respecto de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o el pago por los servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicios – un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia – corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa – es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestro criterio está incluido en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades del personal de enfermería o los terapeutas titulados, tal como ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional – es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los programas de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios suplementarios opcionales – son beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Biosimilar – un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Biosimilar intercambiable – un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cancelar o cancelación de la inscripción – es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Cantidad del ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectados, por lo que la mayoría de la gente no va a pagar una prima más alta.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) – la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se proporcionan de forma diaria y continua, en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) – un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y terapia del habla (servicios de patología del lenguaje), y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) – es la agencia federal que administra Medicare.

Centro quirúrgico ambulatorio – un Centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren de hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable – es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos en igual forma que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – es el seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta a pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A ni B de Medicare.

Copago – un monto que usted quizá deba pagar como parte de un servicio médico o suministro, como la consulta a un médico, la visita de un paciente externo al hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo \$10) más que un porcentaje.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Coseguro – una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Costo compartido – se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene medicamentos o servicios. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo compartido diario – es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago de un suministro de un medicamento para un mes es \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es \$1 por día.

Costo compartido estándar – significa un costo compartido menor para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en ciertas farmacias de la red.

Costo compartido preferido – costo compartido preferido significa costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de costo compartido antes mencionada. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga cuidado asistencial.

Deducible – la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por la receta. En general, si usted

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o productos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o productos cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas "decisiones de cobertura" en este documento.

Emergencia – una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otros terceros calificados en su nombre) haya gastado \$2,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapas de cobertura inicial – esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año alcancen el monto límite de desembolso.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de CCHP Senior Program (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facture el saldo o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real – un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información sobre beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del miembro. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Honorarios de dispensación – honorarios cobrados cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para el pago del costo del medicamento con receta que se obtiene. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Hospicio – un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización para pacientes internos – una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación medicamento aceptada – es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés) – es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial – es el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límite de gastos de bolsillo – es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidades – herramienta de administración diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por cuestiones de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos) – es una lista de los medicamentos cubiertos que cubre el plan.

Medicaid (o Asistencia médica) – es un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicare – es un programa federal de seguro de salud para personas con una edad mínima de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamento genérico – es un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario – los servicios, los suministros o los medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Medicamento de marca – medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que ha vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) – el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver otro proveedor de cuidado de la salud.

Miembro (miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan) – es una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Monto máximo que paga de su bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios médicos de la Parte A y B dentro de la red, también tenemos un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – es el monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que es elegible para unirse a un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido – cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con Cargo por servicio) – el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – es el modo en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) y un hospital. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización como paciente interno para cada periodo de beneficio. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual – es el período del 15 de Octubre hasta el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o pueden cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – es un período fijo durante el cual los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o pueden regresar a Original Medicare. Entre las situaciones que lo harán elegible para un Período de inscripción especial se incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia o si infringe el contrato que celebramos con usted.

Periodo de inscripción inicial – el momento en que es elegible para Medicare por primera vez, el período en el que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

elegible para Medicare cuando cumple 65, su Período de cobertura inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en el que usted cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) o Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876 (h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales – es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales de atención crónica – los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) – es un plan de Medicaid Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud Medicare – los planes de salud de Medicare se ofrecen a través de una compañía privada, que ha celebrado un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a las personas que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare de costo, Planes de necesidades especiales, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – un plan que inscribe a personas elegibles que viven continuamente o se prevé que vivan continuamente durante 90 días o más, en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), centros de enfermería ((NF), (SNF/NF), por sus siglas en inglés); un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/IID, por sus siglas en inglés); centros psiquiátricos para pacientes internados, y/o instalaciones aprobadas por CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) la(s) instalación(es) LTC específica(s).

Plan institucional equivalente de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren de un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF, por sus siglas en inglés), si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) – a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Plan PACE – un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo y apoya (LTSS) para las personas débiles a fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare) – es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los períodos sin cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Producto biológico – es un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales. Ver también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Producto biológico original – es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como punto de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Programa de descuentos de fabricantes – programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y Ortóticos – dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a, tirantes de brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red – **proveedor** es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y en algunos casos para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro de fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Prima – el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la salud o una cobertura de medicamentos recetados.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo – es un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos – es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos por Medicare – servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicio para los miembros – es un departamento dentro del plan, cuya responsabilidad es responder a las preguntas relacionadas con la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) – consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico al principio.

Servicios para Miembros de CCHP Senior Program (HMO)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME	1-888-775-7888 Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-681-8898 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-415-397-2129
ESCRIBA	CCHP Health Plan Member Services Center 445 Grant Avenue San Francisco, CA 94108
SITIO WEB	www.CCHPHealthPlan.com/medicare

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recauda fondos del gobierno federal para brindar servicios gratuitos de asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	1-800-434-0222
ESCRIBA	Condado de San Francisco: Health Insurance Counseling and Advocacy Program 601 Jackson Street San Francisco, CA 94133 Condado de San Mateo: Health Insurance Counseling and Advocacy Program 1710 South Amphlett Boulevard, Suite 100 San Mateo, CA 94402
SITIO WEB	https://www.hicap.org/

Declaración de Divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta colección de información es 0938-1228. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Chinese Community Health Plan (CCHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sexual orientation, gender identity, and sex characteristics).

Chinese Community Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities, including appropriate auxiliary aids and other services, to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including electronic and translated documents and oral interpretation, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact CCHP Member Services.

If you believe that CCHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with us in person, by phone, by mail, or by fax at:

CCHP Member Services
445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898 Fax
1-415-397-2129
<https://cchphealthplan.com/>

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

華人保健計劃（CCHP）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統（包括有限的英語水平及主要語言）、年齡、殘障或性別（包括性取向、性別認同及性別特徵）而歧視任何人。

華人保健計劃（CCHP）：

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，包括適合的輔助設備及其他服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，包括電子文件、翻譯文件、口譯，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡華人保健計劃（CCHP）

如果您認為華人保健計劃（CCHP）未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式向我們提交投訴：

CCHP Member Services
445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, 聽力殘障人士電話 1-877-681-8898
傳真 1-415-397-2129
<https://cchphealthplan.com/>

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生及公共服務部) 的 Office for Civil Rights (民權辦公室) 提交民權投訴, 透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或者透過郵寄或電話的方式投訴:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) (聾人用電信設備)

Chinese Community Health Plan (CCHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma materno edad, discapacidad o sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales).

Chinese Community Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades incluidas las ayudas auxiliares apropiadas y otros servicios, para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CCHP Member Services.

Si considera que CCHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

CCHP Member Services
445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898
Fax 1-415-397-2129.
<https://cchphealthplan.com/>

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, and appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, y las ayudas y servicios auxiliares apropiados. Llame al 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-775-7888 (телетайп: 1-877-681-8898)

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Hindi: ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) पर कॉल कर।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) まで、お電話にてご連絡ください。

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-888-775-7888 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-877-681-8898):

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Thai: 注意: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Persian (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) تماس بگیرید.

Lao (Laotian):

ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ເບີຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Servicios para los miembros de CCHP Senior Program (HMO)

LLAME AL Las llamadas a este número son gratuitas.
Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
El Servicio para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY 1-877-681-8898
Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Las llamadas a este número son gratuitas.
Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

FAX 1-415-397-2129

ESCRIBA A Chinese Community Health Plan
Member Services Center
445 Grant Avenue
San Francisco, CA 94108

SITIO WEB www.cchphealthplan.com/medicare

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés) (need to translate California's SHIP)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recauda fondos del gobierno federal para brindar servicios gratuitos de asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local a personas con Medicare.

LLAME AL 1-800-434-0222

ESCRIBA A Condado de San Francisco:
Health Insurance Counseling and Advocacy Program
601 Jackson Street
San Francisco, CA 94133

Condado de San Mateo:
Health Insurance Counseling and Advocacy Program
1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100
San Mateo, CA 94402

SITIO WEB www.aging.ca.gov/hicap



CCHP
Health Plan