



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

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de CCA Medicare Excel (HMO-POS)

Este documento proporciona detalles sobre la cobertura de cuidado médico y medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-959-5855 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Este plan, CCA Medicare Excel (HMO-POS), es ofrecido por CCA Health Michigan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CCA Health Michigan, Inc.). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a CCA Medicare Excel (HMO-POS).

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al 855-959-5855 (TTY 711), los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes).

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.

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

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

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

H9861_24_EOC_001_C

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

Evidencia de cobertura de 2024
Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro de un plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CCA Medicare Excel (HMO-POS)	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	12
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	14
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	15
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes	17
SECCIÓN 1 Contactos de CCA Medicare Excel (HMO-POS) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....	18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa de Medicare Federal)	24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	27
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	28
SECCIÓN 6 Medicaid.....	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios	32
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	33
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos	34
SECCIÓN 1 Lo que tiene que saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	35
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico.....	37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de cuidado o durante un desastre.....	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....	43
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	44
SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa de cuidado sanitario no médica.....	46
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos	47

**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 49**

SECCIÓN 1	Entender los costos de su bolsillo para los servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2	Consulte la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará	49
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	100

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 103

SECCIÓN 1	Introducción.....	104
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	104
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben aparecer en la “Lista de medicamentos” del plan..	108
Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está incluido en la “Lista de medicamentos”?	110
SECCIÓN 4	Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos	110
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que quisiera?.....	112
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura se modifica para uno de sus medicamentos?...	115
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	117
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	118
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	119
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	121

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 124

SECCIÓN 1	Introducción.....	125
SECCIÓN 2	Lo que se paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando lo reciba	127
SECCIÓN 3	Le enviamos informes para explicar los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	128
SECCIÓN 4	No hay deducible para CCA Medicare Excel (HMO-POS)	129
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte	130
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de brecha de cobertura.....	134
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	135
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde obtiene la vacuna.....	135

CAPÍTULO 7: Cómo solicitar al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 137

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	138
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos un reembolso o pago de una factura que recibíó	140
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o la rechazaremos ...	141
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....		142
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	143
SECCIÓN 2	Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	148
CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....		150
SECCIÓN 1	Introducción.....	151
SECCIÓN 2	Dónde recibir más información y asistencia personalizada	151
SECCIÓN 3	Para lidiar con su problema, ¿qué proceso debe usar?	152
SECCIÓN 4	Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	153
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	156
SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	164
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	173
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	180
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	186
SECCIÓN 10	Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes	189
CAPÍTULO 10: Finalización de su membresía en el plan.....		194
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	177
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan?	177
SECCIÓN 3	¿Cómo finaliza su membresía con nuestro plan?	180
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	180
SECCIÓN 5	CCA Medicare Excel (HMO-POS) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	181
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....		183
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	184
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	184
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare..	184
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes		185

CAPÍTULO 1:

*Primeros pasos como
miembro*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en CCA Medicare Excel (HMO-POS), que es un plan de punto de servicio de Medicare HMO
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cuidado médico de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, CCA Medicare Excel (HMO-POS). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

CCA Medicare Excel (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Punto de servicio significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de Punto de servicio).

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

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

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

Las palabras cobertura y servicios cubiertos se refieren al cuidado y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de CCA Medicare Excel (HMO-POS).

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en CCA Medicare Excel (HMO-POS), entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

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

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

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

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

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

que incluye los siguientes condados de Michigan: Genesee, Lapeer, Macomb, Monroe, Oakland, St. Clair y Wayne.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

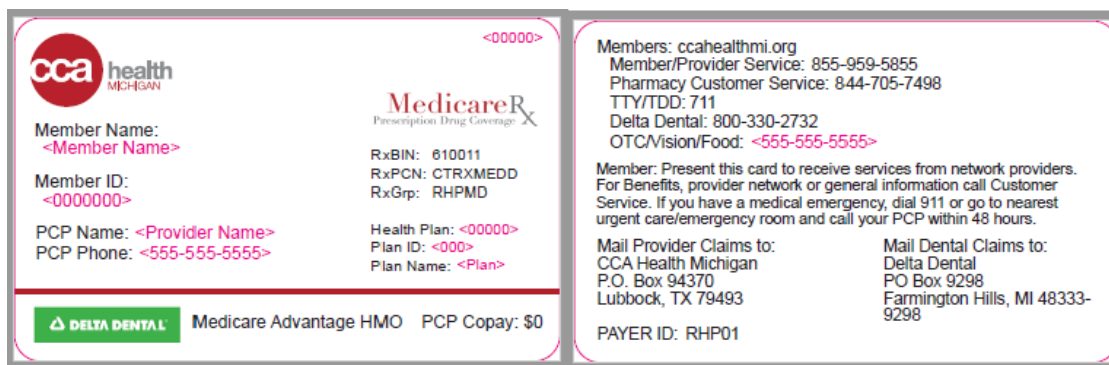
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

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

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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



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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias**

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera a nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado médico, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado médico que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si recurre a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones incluyen servicios de emergencia, servicios por necesidad de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CCA Medicare Excel (HMO-POS) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que quiera comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le informará cuáles de las farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.ccahealthmi.org.

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en CCA Medicare Excel (HMO-POS). Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de CCA Medicare Excel (HMO-POS).

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

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más actualizada y completa sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.ccahealthmi.org) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CCA Medicare Excel (HMO-POS)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2024*, la sección denominada *Costos de Medicare para 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima del plan mensual por separado para nuestro plan CCA Medicare Excel (HMO-POS).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Cuando se inscribe por primera vez en CCA Medicare Excel (HMO-POS), le informamos el monto de la multa.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

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

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

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el 2024, el monto de la prima promedio fue de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería un 14 % por \$34.70, lo que equivale a \$4.858. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se añadiría a **la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

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

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**Sección 5.1 Existen diversas maneras de pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D**

Existen dos formas en las que puede pagar su multa.

Opción 1: Pago con cheque

Puede decidir pagar su multa por inscripción tardía mensual de la Parte D de CCA Medicare Excel (HMO-POS) directamente a nuestro plan. Le enviaremos una factura todos los meses.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Envíe por correo postal su cheque, cheque de caja o giro postal pagadero a CCA Health Michigan. El pago debe recibirse antes del primer día de cada mes. No aceptamos pagos en efectivo por correo postal ni en nuestros centros de Servicios para Miembros. Adjunte su pago y el cupón que se encuentra en la parte inferior de su factura en el sobre de devolución y envíelo por correo postal a:

CCA Health Michigan
PO Box 778966
Chicago, IL 60677-8966

Opción 2 Pedir que deduzcan la multa por inscripción tardía de la Parte D de CCA Medicare Excel (HMO-POS) de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la opción de su forma de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D de CCA Medicare Excel (HMO-POS), puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia su nuevo método de pago. Mientras procesamos su pedido de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual).

Qué hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D de CCA Medicare Excel (HMO-POS)

Su multa por inscripción tardía de la Parte D debe pagarse en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago antes del primer día de cada mes, le enviaremos un aviso en el que se le informará que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía, en caso de que la adeude, en un plazo de 3 meses. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, en caso de que la adeude, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si lo podemos dirigir a programas que le ayuden a pagar los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de que la adeude, tendrá la cobertura médica de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento de finalizar su membresía, es posible que aún nos deba la multa que no ha pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro del monto que usted adeuda. En el futuro, si quiere volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar la cantidad que debe antes de poder inscribirse.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si cree que hemos finalizado su membresía de manera errónea, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de que la adeude, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento se explica cómo presentar una queja, o bien, puede llamarnos al 855-959-5855 del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Deberá presentar su solicitud antes de que transcurran 60 días desde la fecha de finalización de su membresía.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, en caso de que la adeude, o tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si se vuelve elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su derecho al programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y cumple los requisitos para la “Ayuda adicional” durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más, consecutivos, sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono, y su proveedor de cuidado primario. En él se indica la cobertura específica de su plan.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si hay alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente de tránsito.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su responsable designado (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura colectiva de plan de salud se basa en el empleo actual suyo o de un familiar, quién paga primero depende de su edad, cantidad de empleados de su empleador, y si tiene Medicare por motivo de edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, la cobertura colectiva de su plan de salud paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su cobertura colectiva de plan de salud pagará primero los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro a todo riesgo (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios de enfermedad del minero.
- Compensación del trabajador

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de CCA Medicare Excel (HMO-POS) **(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)**

Cómo contactarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de CCA Medicare Excel (HMO-POS). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME	<p>(855) 959-5855</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.</p> <p>Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes</p>
FAX	<p>813-472-8203</p>
POR CORREO	<p>CCA Health Michigan PO BOX 21063 Eagan, MN 55121</p>
SITIO WEB	<p>www.ccahealthmi.org</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar decisiones de cobertura o apelación sobre su atención médica**

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

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAME	(855) 959-5855 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
FAX	813-472-8203
POR CORREO	CCA Health Michigan PO BOX 21063 Eagan, MNN 55121
SITIO WEB	www.ccahealthmi.org

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAME	(855) 959-5855 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
FAX	888-918-2993
POR CORREO	CCA Health Michigan AP/GR PO BOX 21063 Eagan, MN 55121
SITIO WEB	www.ccahealthmi.org

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	844-705-7498 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana
FAX	877-239-4565
POR CORREO	Optum Rx P.O. Box 25184 Santa Ana, California 92799
SITIO WEB	www.ccahealthmi.org

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo contactarnos cuando presente una queja sobre su atención médica**

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

Método	Quejas sobre el cuidado médico – Información de contacto
LLAME	(855) 959-5855 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
FAX	888-918-2993
POR CORREO	CCA Health Michigan AP/GR PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO-POS) o directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	(855) 959-5855 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
FAX	813-472-8203
POR CORREO	CCA Health Michigan PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO-POS) o directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió**

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME	(855) 959-5855 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
TTY	711 El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
FAX	888-918-2993
POR CORREO	CCA Health Michigan AP/GR PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121
SITIO WEB	www.ccahealthmi.org

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

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial para Medicare. Le da información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información acerca de hospitales, residencias con servicios de enfermería, médicos, agencias de salud domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción, con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un <i>estimado</i> de cuáles serían sus costos de desembolso directo en los diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de CCA Medicare Excel (HMO-POS):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare acerca de su reclamo: Puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores local pueden ayudarle a visitar este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare al número para hacerles saber acerca de qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana; los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Michigan, el SHIP se denomina Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP).

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

Los asesores del programa MMAP pueden ayudarlo a entender sus derechos con Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de MMAP también pueden ayudarlo con preguntas o problemas con Medicare, y a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y A OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-803-7174
POR CORREO	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program 6105 W. St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	www.mmapinc.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para los beneficiarios de Medicare de cada estado. Para Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

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

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

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

Método	Livanta: (Organización para la mejora de la calidad de Michigan) – Información de contacto
TELÉFONO	1-888-524-9900 De lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora local) Sábados y domingos: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. (hora local) Hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	1-888-985-8775 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. De lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora local) Sábados y domingos: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. (hora local) Hay un servicio de correo de voz disponible las 24 horas
POR CORREO	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada, y realizar algunas operaciones, las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Administración de Servicios Médicos del Departamento de Salud Comunitaria de Michigan.

Método	Administración de Servicios Médicos del Departamento de Salud Comunitaria de Michigan – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-642-3195 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este
POR CORREO	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave P.O. Box 30195 Lansing, Michigan 48909
SITIO WEB	www.michigan.gov/mdhhs

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que pueden ayudar, los cuales se describen a continuación.

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

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

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

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

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

- Cualquiera de los siguientes documentos proporcionará pruebas de que usted califica para recibir “Ayuda adicional”. Usted o su farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona que actúe en su nombre pueden proporcionar los documentos. Envíe una copia de cualquiera de estos documentos a:

CCA Health Michigan
PO BOX 21063
Eagan, MN 55121

- a. una copia de su tarjeta de Medicaid, que incluye su nombre y una fecha de elegibilidad durante el período discrepante;

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- b. un informe de contacto, incluida la fecha en que se realizó una llamada de verificación a la Agencia Estatal de Medicaid y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal estatal que verificó el estado de Medicaid durante el período discrepante;
- c. una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante el período discrepante;
- d. una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid durante el período discrepante;
- e. una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestre el estado de Medicaid durante el período discrepante;
- f. otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de Medicaid durante el período discrepante;
- g. una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para usted durante el período discrepante;
- h. una copia de la documentación estatal que confirme el pago de Medicaid al centro durante un mes calendario completo en su nombre;
- i. una impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid que muestre el estado institucional de esa persona en función de al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante el período discrepante;

Si no puede proporcionar una prueba de uno de los documentos mencionados anteriormente, deberá comunicarse con Servicios para Miembros al 855-959-5855; los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP)?**

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos en el formulario de ADAP califican para recibir asistencia con los costos compartidos para medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (Michigan Drug Assistance Program, MIDAP).

Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, incluida una prueba de residencia estatal y del estado del VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y condición de persona sin seguro o subasegurada. Si cambia de plan, notifique al empleado a cargo de la inscripción de su ADAP local para poder continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al MIDAP al 1-888-826-6565, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona 0, puede hablar con un representante de la RRB desde las 9:00 a. m. hasta las 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona 1, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan o sobre los períodos de inscripción para realizar un cambio.

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para
sus servicios médicos*

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

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

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y lo que usted paga cuando recibe esta atención, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado médico autorizados por el estado para proporcionar servicios y cuidado médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de cuidado médico.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado médico, grupos médicos, hospitales, y otros centros de cuidado médico que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el importe de sus costos compartidos como pago total. Coordinamos que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención médica que se brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, CCA Medicare Excel (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

CCA Medicare Excel (HMO-POS) generalmente cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

- **Tenga un médico de cuidado primario (primary care provider, PCP) que brinde y supervise su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe aprobar por adelantado antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado médico a domicilio. Esto se denomina darle una “remisión”. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información.
 - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red** si los servicios son beneficios cubiertos y son médicamente necesarios (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). Nuestro plan también cubre el cuidado fuera de la red en virtud del beneficio de punto de servicio (POS). Si visita a un proveedor fuera de la red, la parte de los costos de sus servicios cubiertos que debe pagar puede ser mayor. Consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]) para obtener más información. En algunos casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o atención por necesidad de urgencia que recibas de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de esto y para ver lo que significa emergencia o atención por necesidad de urgencia, consulte la Sección 3 en este capítulo.
 - Si necesita cuidado médico que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden este cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red con los mismos costos compartidos que paga normalmente dentro de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de la red. Para obtener información sobre aprobaciones para ver a médicos fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico

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

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

- **¿Qué es un PCP?**

PCP es una abreviatura de proveedor de cuidado primario. Un PCP es un profesional de cuidado médico que ejerce la medicina general y, por lo general, es la primera parada para recibir cuidado médico.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?**

Nuestros PCP son MD (médicos) o DO (médicos osteopáticos) que se especializan en una de las siguientes áreas: medicina familiar, medicina general, medicina interna, medicina pediátrica, obstetricia, ginecología o geriatría. Los enfermeros profesionales certificados y los auxiliares médicos inscritos en nuestra red de proveedores en una de estas áreas de especialidad también se consideran PCP.

- **¿Cuál es el rol de un PCP en su plan?**

Su PCP puede ayudarle a coordinar todas sus necesidades de cuidado médico. Están a disposición para ayudar a diagnosticar su enfermedad y recomendar opciones de tratamiento. Le ayudarán a elegir un especialista si es necesario. Le darán consejos sobre cómo mantenerse saludable y ayudarán a educarlo sobre cómo controlar sus enfermedades crónicas. El PCP que elija le ayudará a recibir el cuidado adecuado en el momento y el lugar adecuados.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**• ¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Su PCP puede coordinar los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de CCA Health Michigan. La coordinación de sus servicios incluye trabajar o consultar con otros proveedores del plan sobre su estado de salud y necesidades específicas de cuidado médico, y hacer arreglos para obtener autorizaciones previas según sea necesario. Debido a que su PCP puede proporcionarle y coordinar su cuidado médico, debe solicitar que todos sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige a su médico de atención primaria?

Puede seleccionar un PCP del Directorio de proveedores o puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda. Recuerde notificar a Servicios para Miembros cuando haya seleccionado un PCP.

Cómo cambiar de médico de atención primaria

Puede cambiar su PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. También, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y tendrías que encontrar uno nuevo. Recuerde notificar a Servicios para Miembros si desea cambiar de PCP antes de su primera visita al nuevo PCP. Los cambios en su PCP entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud. Nuestros Servicios para Miembros con mucho gusto le ayudarán a cambiar su PCP. Si hay un cambio de PCP, todas las remisiones a sus especialistas en virtud del PCP actual/anterior finalizarán en la fecha de entrada en vigencia del nuevo PCP.

Sección 2.2 Cómo obtener cuidado de especialistas y de otros proveedores de la red

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

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

No es necesario que obtenga una remisión de su PCP antes de recibir cuidado de especialistas u otros proveedores de la red.

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

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

- Si bien es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud mental abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a consulta con ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si es asignado al proveedor, recibe actualmente atención de ellos o los ha visto en los últimos tres meses.
- Le brindaremos asistencia para seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga tratando sus necesidades de cuidado médico.
- Si actualmente está recibiendo un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan. Trabajaremos con usted para garantizar que eso suceda.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos necesarios para que reciba cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está gestionando de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

El plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sin autorización para emergencias médicas y servicios de urgencia. El plan también cubre algunos servicios fuera de la red en el nivel de beneficios de punto de servicio (POS). Los servicios no cubiertos en el nivel de beneficios dentro de la red no estarán cubiertos en el nivel de beneficios del POS. Consulte el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios cubiertos que están incluidos en el beneficio de POS (fuera de la red) y su costo compartido cuando lo usa.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, comuníquese con Servicios para Miembros, o bien puede enviárnosla para que la paguemos. Le pagaremos a su médico nuestra parte de la factura y su médico puede facturarle el monto que usted adeuda, si corresponde. Los proveedores fuera de la red que acepten Medicare no pueden facturar más de lo permitido por Original Medicare. Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que nos facture primero, pero si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. (Tenga en cuenta que no podemos pagarle a un proveedor que haya optado por no participar en el programa de Medicare. Consulte a su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que no ha optado por no participar en Medicare). Si determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable de todo el costo. Consulte el Capítulo 4 para obtener información más detallada sobre sus beneficios médicos y el Capítulo 7 para obtener información sobre el pago de servicios prestados por proveedores fuera de la red. Si tiene alguna pregunta sobre el cuidado médico que está cubierto cuando viaja, contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Tenga en cuenta que el plan negocia tarifas más bajas con los proveedores de la red y cubre más de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe de los proveedores de la red en comparación con el costo compartido del miembro para los proveedores fuera de la red.

Debido a que su plan tiene una opción de POS, tenga en cuenta lo siguiente:

- Pagará más por los servicios recibidos de proveedores fuera de la red (excepto por las circunstancias especiales analizadas anteriormente en esta sección).
- Cuando utiliza su beneficio de POS, elige buscar cuidado fuera de la red contratada del plan. Los proveedores fuera de la red pueden optar por no aceptar a los miembros de nuestro plan como pacientes. Si un proveedor fuera de la red se niega a aceptar nuestro plan, le recomendamos que busque cuidado dentro de nuestra red contratada.
- Cuando utiliza su beneficio de POS, paga el coseguro del beneficio de POS porque recibe el artículo o servicio cubierto de un proveedor fuera de la red.

Aunque los proveedores fuera de la red no tienen contrato con el plan, están sujetos a las leyes que rigen el Programa Original Medicare.

- La facturación de saldos es cuando un proveedor le factura la diferencia entre el monto que cobra su proveedor y el monto que el plan pagará en su nombre. Todos los proveedores que acepten Medicare tienen prohibido facturar saldos. Esto incluye proveedores que lo atienden a través de su beneficio de POS, quienes solo pueden cobrarle su coseguro de POS.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica
--

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Recibe ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si es necesario, llame a una ambulancia. *No* necesita obtener aprobación o una remisión de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted, u otra persona, deben llamar para informarnos su atención de emergencia, en general, en el plazo de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

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

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

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

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

Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?**

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

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* fue una emergencia, cubriremos su cuidado adicional *solo* si recibe cuidado adicional de una de dos maneras:

- Si acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera servicio por necesidad de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado en caso de servicios por necesidad de urgencia**¿Qué son los servicios por necesidad de urgencia?**

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

Siempre debe intentar obtener servicios por necesidad de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente inaccesibles o no disponibles, y no es razonable esperar a obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios por necesidad de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita encontrar un proveedor de cuidado de urgencia, puede usar la herramienta Encuentre un médico en nuestro sitio web en www.ccahealthmi.org o llamar a Servicios para Miembros al 855-959-5855; los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, los 7 días de la semana. Es posible que reciba un servicio de mensajería los fines de semana y feriados del 1.º de abril al 30 de septiembre. Deje un mensaje y su llamada será devuelta el siguiente día hábil.

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan le cubrirá los servicios por necesidad de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre**

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

Visite el sitio web www.ccahealthmi.org para obtener información sobre cómo obtener el cuidado necesario durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

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

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

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

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación del beneficio, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para todos los servicios cubiertos por el plan, sus gastos de bolsillo para estos beneficios después de que haya alcanzado el límite de beneficios contará para su límite anual máximo de gastos de bolsillo de \$3,800. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando quiera saber qué cantidad de su límite de beneficios ha utilizado ya.

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

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

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

Cuando Medicare apruebe el estudio y usted manifieste interés, alguien que trabaje en el estudio lo contactará para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos de los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio mientras cumpla los requisitos de este y entienda y acepte plenamente lo que implica participar en el estudio.

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

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

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

Si participa en un estudio que Medicare *no* aprobó, *deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos**¿Quiere más información?**

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa de cuidado sanitario no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidado sanitario no médica?

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

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

Para obtener cuidado de una institución religiosa de cuidado sanitario no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que sea no exento.

- El cuidado o tratamiento médico **no exento** es todo cuidado o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El cuidado o tratamiento médico **exento** es todo cuidado o tratamiento médico que *no* sea voluntario o sea *requerido* por una ley federal, estatal o local.

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

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

Nuestros planes no tienen límites de cobertura para pacientes hospitalizados de Medicare; consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

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

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

En Original Medicare, la gente que alquila ciertos tipos de DME es propietaria del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CCA Medicare Excel (HMO-POS), por lo general, usted no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

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

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

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

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿Cuáles son sus beneficios de oxígeno?

Si califica para recibir cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, CCA Medicare Excel (HMO-POS) cubrirá lo siguiente:

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si abandona CCA Medicare Excel (HMO-POS) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolverlo.

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

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

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

SECCIÓN 1 Entender los costos de su bolsillo para los servicios cubiertos

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

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

Para entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

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

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

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$3,800.

Los importes que paga por los copagos y coseguros de los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$3,800, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo**

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

Aquí se explica cómo funciona esta protección.

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

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

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

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

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

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

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y Usted 2024]. Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre beneficios para miembros inscritos que tienen afecciones crónicas

- Si se le diagnostica(n) la(s) siguiente(s) enfermedad(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple con determinados criterios, puede tener derecho a los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en estadio terminal, enfermedad renal en estadio terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades de la salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.

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

- La elegibilidad relacionada con los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) se determina a discreción del Plan. Los beneficios están disponibles para los miembros que se identifican mediante la recepción de documentación del proveedor (p. ej., una reclamación presentada por un proveedor) que incluye una afección crónica que califica, y su atención la coordina un socio de atención de CCA o un proveedor de la red. Tras la validación de que se cumplieron los criterios de elegibilidad, CCA le notificará sobre su inscripción en estos beneficios. Estos beneficios no son retroactivos.
- Para más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” de la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una sola ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan sólo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Acupuntura para el dolor lumbar crónico**

Los servicios cubiertos incluyen:

Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare a través de American Specialty Health (ASH) en las siguientes circunstancias:

Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:

- Dura 12 semanas o más.
- No es específico, porque no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).
- Que no está asociado a cirugías.
- no está asociado con el embarazo.

Ocho sesiones adicionales cubiertas para pacientes que demuestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.

El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o si empeora.

Requisitos de Proveedor:

Los médicos (según se define en la sección 1861 [r] [1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar tratamiento de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.

Los auxiliares médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se define en la sección 1861 [aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen:

- Una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una escuela con acreditación de la Comisión de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y
- una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar tratamientos de acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.

El personal auxiliar que proporcione tratamientos de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, como lo exigen las regulaciones el título 42, secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Todos los servicios de acupuntura deben obtenerse a través de American Specialty Health (ASH).

Dentro de la red:

Copago de \$20 por visita para visitas de acupuntura cubiertas por Medicare.

Punto de servicio:


50 % de coseguro

Se requiere autorización previa.



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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar cuidado médico solo si se proporcionan a un miembro cuya enfermedad es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es una emergencia, se debe documentar que la enfermedad del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$240 por viaje de ida para servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Copago de \$300 por viaje de ida para servicios de ambulancia aérea.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para todos los transportes para casos que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</i></p> <p>Copago de \$0 por viaje de ida cubierto para el transporte de emergencia en todo el mundo. Hay un límite combinado de \$100,000 para el cuidado de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos. El transporte de vuelta a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Cubierto una vez al año.</p> <p>Un examen realizado por un proveedor de atención primaria, enfermero practicante o asistente médico. Este examen revisa sus antecedentes médicos y de medicamentos e incluye un examen físico integral. Un examen físico anual es un examen más completo que una visita anual de bienestar.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>




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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede ir a una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud y sus factores de riesgo actuales. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede hacerse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p> <p>No obstante, no es necesario que vaya a una visita Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> <p>Recompensa por el examen físico o la visita anual de bienestar</p> <p>Una visita anual de bienestar o un examen físico anual le dan derecho a una recompensa de \$25 por año después de haber completado la visita. Las visitas de rutina al médico de atención primaria, como las visitas de seguimiento o las visitas por enfermedad, no califican para la recompensa. Las recompensas ganadas se agregarán a su tarjeta Healthy Savings para que la pueda usar en tiendas minoristas de la red de artículos de venta libre aprobadas. Esta carga puede demorarse varios meses.</p> <p>Para ganar esta recompensa, debe realizar una visita anual de bienestar o hacerse un examen físico anual. Cualquiera de los dos tipos de visita anual es más larga que las visitas de rutina al PCP. Durante una visita anual de bienestar o un examen físico anual, usted y su proveedor revisarán su estado de salud general en detalle. Su proveedor debe facturarle su examen a CCA para que su recompensa se procese y se aplique a su Healthy Savings card.</p> <p>Su recompensa se puede usar en tiendas minoristas de venta libre (OTC) de la red para comprar artículos permitidos, que excluyen armas de fuego, alcohol o tabaco.</p> <p>Cubierto una vez por año calendario.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p>Si su PCP le ha realizado un examen que califica, puede recibir una recompensa de hasta \$25 en su tarjeta Healthy Savings por año calendario en el momento en que el proveedor le factura a CCA por el servicio.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Artículos de seguridad para el baño</p> <p>Ofrecemos artículos de seguridad para el baño no cubiertos por Medicare después de la hospitalización, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento de ducha/bañera • Extensores de asiento de inodoro <p>La instalación no está cubierta</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por artículos de seguridad para el baño cubiertos</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (en general, esto se refiere a las personas con riesgo de pérdida de masa ósea u osteoporosis), los siguientes servicios tienen cobertura cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$30 por visita</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo saludable.</p>	<p>Dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo del tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p> Pruebas para enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada 5 años.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de vagina o de cuello uterino, o si está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos que no son de rutina cubiertos por Medicare que incluyen la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. Los servicios quiroprácticos deben obtenerse a través de American Specialty Health (ASH). • Nuestro plan también cubre 20 visitas quiroprácticas de rutina no cubiertas por Medicare. 	<p><u>Cubierto por Medicare:</u></p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro Se requiere autorización previa para los servicios quiroprácticos fuera de la red.</p> <p><u>No cubierto por Medicare:</u></p> <p>Dentro de la red: Copago de \$20 por visita para servicios quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección previos. • La sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • El análisis de sangre oculta en heces de detección para pacientes de 45 años o más, una vez cada 12 meses. • La prueba multidiaria de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo, una vez cada 3 años. • El análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo, una vez cada 3 años. • El enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde la última enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Al menos una vez 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare tenga un resultado positivo. 	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal o enema de bario cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios dentales**

En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en circunstancias limitadas, en concreto cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación del cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Los servicios cubiertos por Medicare, también denominados atención dental que no sea de rutina, son los servicios que proporciona un dentista o un cirujano bucal que se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula a fin de aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o los servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico.

Se requiere autorización previa para servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.

Además, cubrimos los siguientes servicios dentales preventivos e integrales **de rutina que Medicare no cubre**:

Servicios dentales preventivos:

- Los exámenes bucales periódicos, las limpiezas profilácticas y los tratamientos con flúor se pagan dos veces por año calendario.
- Los exámenes bucales integrales se pagan una vez cada 3 años.
- Las radiografías de aleta de mordida se pagan una vez por año calendario.
- Las radiografías panorámicas o de boca completa (serie completa) (incluidas las radiografías de aleta de mordida) se pagan una vez cada 3 años.
- Las radiografías de aleta de mordida no se pagan en el mismo año que la serie de boca completa.

(continuación)

Servicios dentales que no son de rutina cubiertos por Medicare:

Dentro de la red:

Copago de \$0

Punto de servicio:

Sin cobertura

Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales (cubiertos por Medicare).

Servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare:

Monto máximo anual del beneficio combinado de \$2,000 para servicios dentales preventivos e integrales de rutina (que no sean de Medicare)

Servicios dentales preventivos dentro de la red: Usted paga \$0 hasta el monto máximo anual del beneficio combinado.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios dentales (continuación)**Servicios dentales integrales:

Servicios de restauración (incluye empastes y reparación de coronas. Las restauraciones de resina compuesta (blanca) son servicios cubiertos en dientes posteriores. Los servicios de restauración mayores que incluyen coronas y recubrimientos están cubiertos 1 por período de 5 años).

- Servicios de endodoncia
- Periodoncia (el alisado radicular y la limpieza de sarro se pagan una vez por cuadrante cada 24 meses. El desbridamiento bucal completo está cubierto una vez de por vida).
- Cirugía bucal: Las extracciones (simples o quirúrgicas) se pagan una vez por diente de por vida.
- Prostodoncia: Las dentaduras postizas completas y parciales se limitan a una vez en un período de cinco años. Los revestimientos o las reparaciones de dentaduras postizas están cubiertos una vez cada 36 meses.

Servicios dentales integrales dentro de la red: Usted paga \$0 hasta el monto máximo anual del beneficio combinado.

Punto de servicio (servicios dentales preventivos e integrales de rutina): Sin cobertura

Cubrimos un máximo de \$2,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados.

No se requiere autorización previa para servicios dentales integrales cubiertos y que no sean de Medicare (de rutina).

Se aplican limitaciones de frecuencia. Esta lista no es una garantía de cobertura.

Los servicios dentales son proporcionados por Delta Dental of Michigan. Puede acceder a la Evidencia de cobertura dental en www.ccahealthmi.org para obtener detalles completos sobre su cobertura dental, incluidos los códigos cubiertos, las limitaciones y las exclusiones.

Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Delta Dental of Michigan al 800-330-2732 para obtener más información.

**Prueba de detección de depresión**



Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.

Dentro de la red:

No se requiere coseguro, copago ni deducible por una visita anual para una prueba de detección de depresión.

Punto de servicio:
50 % de coseguro

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden tener cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarias y no usuarias de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles que no sean a medida provistas con estos zapatos) por año calendario. La cobertura incluye la prueba y ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por suministros para la diabetes, calzado terapéutico moldeado a medida y capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa para suministros para diabéticos y zapatos terapéuticos moldeados a medida.</i></p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los ejemplos incluyen andadores, entre otros: sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión i.v., dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.ccahealthmi.org.</p> <p>Por lo general, CCA Medicare Excel (HMO-POS) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CCA Medicare Excel (HMO-POS) y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su 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 derive para una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre el producto o la marca adecuados para su enfermedad. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el <i>Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>Dentro de la red: 20 % de coseguro</p> <p>Punto de servicio: 30 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los servicios de emergencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentren temporalmente disponibles o sean inaccesibles.</p> <p>Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier parte en los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>El plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares (\$100 000) por año calendario. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan.</p> <p>Sin cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte de vuelta a los Estados Unidos desde otro país. • Cualquier tratamiento preprogramado o planificado, o procedimientos electivos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Esto incluye diálisis u otro tratamiento para las enfermedades en curso o conocidas. • Servicios dentales. 	<p>Copago de \$90 por visita</p> <p>No se aplica este copago si ingresa en el hospital en el plazo de 1 día por la misma enfermedad.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente hospitalizado luego que su situación de emergencia se estabiliza, debe recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>Copago de \$0 por visita en virtud de la cobertura de transporte de emergencia en todo el mundo.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar El plan cubre los servicios preventivos de Medicare. Estos servicios se enumeran por separado en esta Tabla de beneficios médicos y están marcados con una manzana. Otros programas de salud y bienestar no tienen cobertura según el beneficio de Medicare.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios y programas adicionales, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos de educación para la salud y el bienestar en el hogar • Programas de autogestión de cuidados complejos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes y la insuficiencia cardíaca • Entrevista motivacional. <p>Su equipo de atención trabajará con usted y le recomendará qué programas pueden ser adecuados para usted según sus necesidades. Para obtener más información o ayuda, hable con su equipo de atención. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por CCA Medicare Excel o un proveedor de la red.</p>	<p>Servicios preventivos de Medicare: copago de \$0</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p><u>Acondicionamiento físico</u> El plan cubre beneficios de acondicionamiento físico a través de Silver & Fit Fitness: Su beneficio de Silver & Fit incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso a un gimnasio único dentro de la red de su elección por mes, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un (1) kit anual de acondicionamiento físico en el hogar y mucho más. Para encontrar ubicaciones de acondicionamiento físico Silver & Fit e información adicional sobre el acondicionamiento físico en el hogar y cómo pedir su kit de acondicionamiento físico, visite www.silverandfit.com. También puede llamar al 1-877-427-4788 (TTY 711).</p> <p>El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con permiso en el presente documento. Todos los programas y servicios no están disponibles en todas las áreas. Otras marcas pueden ser marcas comerciales de sus respectivos propietarios.</p>	<p>Acondicionamiento físico: Dentro de la red: Copago de \$0 para el programa Silver& Fit®</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tarjeta Healthy Savings Card para comprar artículos de venta libre (OTC) cubiertos por CCA</p> <p>Recibirá una tarjeta Healthy Savings Card con una asignación de \$240 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) cubiertos por CCA, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, cepillos de dientes, pruebas de diagnóstico de COVID-19, suministros para síntomas de resfrío y otros, sin receta en tiendas minoristas de la red OTC.</p> <p>Debe usar la tarjeta como si fuera efectivo. Los fondos no utilizados o robados no se transfieren ni reemplazan.</p> <p>Si tiene preguntas sobre los artículos cubiertos por CCA, visite www.mybenefitscenter.com o comuníquese con Servicios para Miembros con el número de su tarjeta Healthy Savings Card.</p> <p>La tarjeta solo puede usarse para compras calificadas que el proveedor de su plan indique en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Visa. Sutton Bank emite la tarjeta, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese directamente con el patrocinador del programa para obtener una lista completa de las compras calificadas. Visa es una marca comercial registrada de Visa, U.S.A. Inc. Todas las demás marcas comerciales y marcas de servicio pertenecen a sus respectivos dueños. No hay acceso a efectivo ni al cajero automático. Se aplican términos y condiciones. Comuníquese con su proveedor del plan para obtener más detalles.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 por artículos cubiertos hasta \$240 por trimestre calendario.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden transferirse de un trimestre al siguiente.</p> <p>Si el costo de los artículos OTC cubiertos por CCA Health excede el límite trimestral de beneficios de \$240, usted deberá pagar los costos adicionales.</p> <p>Su tarjeta se recargará automáticamente con la asignación trimestral al comienzo de cada trimestre calendario.</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios para la audición****Exámenes de audición que no son de rutina:**

Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.

Además de los beneficios de exámenes de audición que no son de rutina cubiertos por Medicare, también cubrimos los **beneficios de audición de rutina** a través de NationsHearing:

- Examen de audición de rutina: 1 por año
- Audífonos: hasta \$1,500 para el costo de hasta dos audífonos (1 por oído) cada año. Evaluaciones de adaptación de audífonos: una adaptación/evaluación de audífonos por año.

La compra de audífonos incluye:

- 3 visitas de seguimiento durante el primer año desde la fecha de adaptación inicial
- Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de instalación
- 48 pilas al año por audífono (suministro de 3 años)
- 3 años de garantía de reparación del fabricante
- 1 cobertura de sustitución de un audífono perdido, robado o dañado (puede aplicarse una franquicia por audífono)

Los audífonos de venta libre están disponibles en virtud del beneficio de audífonos de rutina hasta el monto máximo de \$1,500 a través de NationsHearing.

Debe obtener sus audífonos de un proveedor de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 391-7685 (TTY: 711) o por Internet en www.nationshearing.com/cca para programar una cita.

 Prueba de detección del VIH

Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o quienes están en mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:

- Un examen de detección cada 12 meses

Para las mujeres embarazadas, cubrimos:

- Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.

Exámenes de audición que no son de rutina:

Dentro de la red: copago de \$10 por visita.

Fuera de la red: 50 % de coseguro

Audición de rutina:

Dentro de la red:

Copago de \$0 por exámenes de audición de rutina, ajustes y evaluaciones de audífonos

Límite de beneficios combinados de \$0 hasta \$1,500 por año para audífonos (1 por oído)

Punto de servicio:

Sin cobertura

Dentro de la red:

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.

Punto de servicio:

50 % de coseguro

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de salud domiciliarios, un médico debe certificar que necesita servicios de salud domiciliarios y solicitará la prestación de dichos servicios por parte de una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que dejar su hogar requiere un gran esfuerzo de su parte.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio de manera parcial o intermitente (serán cubiertos en virtud del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben acumular en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo médico y suministros. 	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Punto de servicio: Copago de \$0</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados según el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo bajo el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para suministrar terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para terapia de infusión domiciliaria, proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado. <p>(Continúa en la página siguiente)</p>	<p>Dentro de la red: 20 % de coseguro</p> <p>Punto de servicio: 30 % de coseguro</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria, los servicios de médicos especialistas o los servicios de salud a domicilio (como se describe en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del proveedor” o “Agencia de atención médica a domicilio”, según el lugar donde haya recibido los servicios de administración o monitoreo).</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Terapia de infusión a domicilio (continuación)**

Usted pagará estos montos hasta alcanzar el máximo de gastos de bolsillo.

Consulte el apartado “Equipo médico duradero” anterior en la tabla para conocer el costo compartido aplicable a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio.

Consulte el apartado “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para conocer el costo compartido aplicable a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.

Se requiere autorización previa.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)</p> <p>Usted cumple con los requisitos para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de dicho centro le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que posee o controla la organización de MA, o en los que dicha organización tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas.</p> <p><u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de servicios de cuidados paliativos por tales servicios y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales), su proveedor de dicho centro le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni por necesidad de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y no relacionados con su pronóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usa o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito de obtener autorización previa).</p> <p>(continuación)</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por CCA Medicare Excel (HMO-POS).</p> <p>Debe usar un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Atención en un centro de cuidados paliativos
(para enfermos terminales) (continuación)**

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos bajo Fee-for-Service Medicare (Original Medicare).


Para los servicios cubiertos por CCA Medicare Excel (HMO-POS), pero sin cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare: CCA Medicare Excel (HMO-POS) continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o la Parte B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal.

Usted paga el monto de costos compartidos de su plan por estos servicios.

Para medicamentos que pueden tener cobertura de los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con la enfermedad terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con la enfermedad terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el centro de cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*).

Nota: Si necesita atención que no sea de un centro de cuidados paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de apoyo a domicilio</p> <p>Hasta 60 horas al año para asistencia con el transporte, las compras de comestibles, la recogida de medicamentos, las citas con el médico, la orientación técnica, los recordatorios de brechas en el cuidado, la ayuda para las tareas domésticas livianas, el ejercicio ligero y la actividad.</p> <p>Los servicios deben obtenerse a través de PAPA llamando al 1-888-744-7813.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por servicios de apoyo en el hogar cubiertos hasta 60 horas</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios para enfermos agudos internados, servicios de rehabilitación para pacientes internados, de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo ingresan formalmente en un hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. No hay límite para la cantidad de días cubiertos por el plan. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de atención médica especiales, (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de equipos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje y el habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados <p>(continuación)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$295 por día para los días 1 a 7 por cada hospitalización</p> <p>Copago de \$0 para los días 8 a 90 por cada hospitalización</p> <p>Copago de \$0 por días adicionales en el hospital después del día 90</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>


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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores encargados de los trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón comunitario de atención, usted puede elegir ir a un centro local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CCA Medicare Excel (HMO-POS) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir un trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Si obtiene cuidado autorizado para pacientes internados en un hospital fuera de la red luego de que se establezca su enfermedad de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren estancia en hospital.</p> <p>Existe un límite de por vida de 190 días respecto de los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental para pacientes hospitalizados provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$295 por día para los días 1 a 7 por cada hospitalización</p> <p>Copago de \$0 para los días 8 a 90 por cada hospitalización</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Comidas después de la hospitalización</p> <p>Cubrimos 7 días de comidas en el hogar (hasta dos comidas por día) entregadas después de cada cirugía u hospitalización.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por comida</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis) o que hayan sido sometidas a un trasplante renal cuando su médico lo solicite.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario el siguiente año calendario.</p>	<p>Dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambios en la conducta de salud que proporciona capacitación práctica en relación con cambios dietarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de lograr bajar de peso y llevar un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro de la red: No hay un coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra, sino que se inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Medicamentos que se le administran mediante el uso de un equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada a su hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoinyectarse el medicamento. • Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas <p>(continuación)</p>	<p>Dentro de la red: 0-20 % de coseguro</p> <p>Punto de servicio: 20-50 % de coseguro</p> <p>Los medicamentos de la Parte B están sujetos a una terapia escalonada. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare
(continuación)**

- Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y fármacos estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades primarias de inmunodeficiencia

También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.

En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos con receta tengan cobertura. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarte a bajar de peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria u otro profesional para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección preventiva de obesidad y su terapia.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas opioideos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia grupal e individual. • Pruebas de toxicología • Actividades para controlar el consumo. • Evaluaciones periódicas. 	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos**

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Radiografías
- Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos
- Suministros quirúrgicos, como vendajes
- Férulas, yesos y otros dispositivos usados para contener fracturas y dislocaciones
- Análisis de laboratorio
- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita.
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

Dentro de la red:

Copago de \$35 por todos los demás servicios de radiografía.

Copago de \$20 para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare

Copago de \$35 por servicios de radiología terapéutica

Coseguro del 20 % del monto aprobado para suministros cubiertos por Medicare (p. ej., suministros quirúrgicos, férulas y yesos)

Copago de \$0 por servicios de laboratorio

Copago de \$0 por servicios de sangre

Copago de \$0 para servicios de mamografía de diagnóstico

Copago de \$100 para todos los demás servicios de radiología de diagnóstico.

Se requiere autorización previa.

Punto de servicio:

Coseguro del 50 % para pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios

Coseguro del 30 % para suministros

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si necesita hospitalizarse como paciente interno o si le pueden dar de alta.</p> <p>Para que tengan cobertura los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir a pacientes en el hospital o para pedir pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente internado en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina <i>¿Está usted internado en un hospital o es un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$200 por hospitalización</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin este cuidado. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que no pueden autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente internado en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina <i>¿Está usted internado en un hospital o es un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$200</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios**

Los servicios cubiertos incluyen:

Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero profesional (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare y con matrícula estatal, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.

Dentro de la red:

Copago de \$0 por visita para sesiones individuales y grupales

Punto de servicio:

50 % de coseguro

Se requiere autorización previa.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapia independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$10 por visita</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, auxiliar médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare con matrícula estatal según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 para sesiones individuales y grupales</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si se hará como paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de internación en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos para una cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$175 por cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$200 por cirugía en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en entorno de pacientes ambulatorios en un hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental), proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$45</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

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


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica, médicamente necesarios realizados en un consultorio médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Servicios de médicos de cuidado primario (Primary Care Physician, PCP) y especialistas <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio por telesalud. Estos servicios estarán disponibles por teléfono o video. Los miembros deberán preguntar si el consultorio de su médico o especialista ofrece telesalud (visitas virtuales) e iniciar el establecimiento de la misma a través de ellos. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de un hospital o en centro hospitalario con acceso crítico. centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación <p>(continuación)</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por visitas al consultorio del médico de cuidado primario (PCP) y visitas de telesalud</p> <p>Copago de \$10 por visita para visitas al consultorio de especialistas y visitas de telesalud</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)**

- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera consulta 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.
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal
- Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:**
 - No es un paciente nuevo.
 - El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y
 - El control no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible.
- La evaluación de video o imágenes que envíe a su médico ; su interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si:**
 - No es un paciente nuevo.
 - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y
 - La evaluación no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible.
- Consulta que tenga su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos
- Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía

Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores. <p>El plan cubre cinco (5) visitas para el cuidado de los pies de rutina dentro de la red por año.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$10 por visita para servicios de podología cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para el cuidado de los pies de rutina hasta cinco (5) visitas por año.</p> <p>Punto de servicio:</p> <p>Coseguro del 50 % para servicios de podología cubiertos por Medicare. El cuidado de los pies de rutina no está cubierto fuera de la red.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para la podología cubierta por Medicare.</i></p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombre de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen digital del recto. • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>Punto de servicio:</p> <p>50 % de coseguro</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, férulas, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (que incluyen un sostén quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>También incluye cierta cobertura tras una cirugía de cataratas o eliminación de cataratas; consulte Atención oftalmológica más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>20 % de coseguro</p> <p>Punto de servicio:</p> <p>30 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de rehabilitación pulmonar**



Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy grave y que posean una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.

Dentro de la red:
Copago de \$15 por visita


Punto de servicio:
50 % de coseguro

*Se requiere autorización
previa.*

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos inscritos en Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusen del alcohol, pero no sean dependientes.</p> <p>Si la prueba de detección de abuso de alcohol resulta positiva, usted puede obtener hasta 4 sesiones individuales de asesoramiento por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la sesión) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay copago, coseguro ni deducible para el beneficio preventivo de la prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, un índice de consumo acumulado de tabaco de 20 y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los requisitos de Medicare para dichas consultas, a cargo de un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT tras la prueba de detección inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que podrá emitirse durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide brindar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con un riesgo aumentado de ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de cuidado primario y se prestan en un entorno de cuidado primario, como el consultorio de un médico.</p>	<p>Dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para el beneficio cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para enseñar sobre cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para miembros que tengan una enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados) • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar <p>(continuación)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por servicios educativos sobre la enfermedad renal Coseguro del 20 % para servicios de diálisis</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios de diálisis</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)**


Determinados servicios de apoyo domiciliario (como por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudarlo en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua).

Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Se cubren 100 días por período de beneficios. No es necesario que haya una estadía previa en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario desde el punto de vista médico) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias que están naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados habitualmente por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados habitualmente por los SNF • Uso de equipos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los SNF. • Servicios proporcionados por médicos/profesionales de la salud <p>Generalmente, recibirá atención de SNF en un centro de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que usted pueda pagar un costo compartido dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	<p>Dentro de la red: Los copagos para cada período de beneficios son: Copago de \$0 para los días 1 a 20 Copago de \$196 por día para los días 21 a 100</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente hospitalizado en un SNF y finaliza cuando no ha recibido ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.</p>

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>Dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>CCA Medicare Excel (HMO-POS) incluye los siguientes beneficios adicionales para miembros con una enfermedad crónica que califica:</p> <p>Protección contra robo de identidad: Para miembros que califican, la protección contra robo de identidad vigila su información personal en caso de que otra persona use su número de seguro social u otra información personal. Lo ayudan a recuperar su identidad y le reembolsan los costos que pueda tener debido al robo de identidad.</p> <p>Los miembros que califiquen podrán inscribirse en el seguro contra robo de identidad a través de nuestro socio, ID Watchdog (Equifax). Los miembros deben usar ID Watchdog (Equifax) para obtener cobertura para este beneficio. Una vez que se inscriba, estará inscrito hasta el final del año del plan actual. Si decide cancelar su inscripción, no podrá volver a inscribirse hasta el próximo año.</p> <p>Puede comunicarse con ID Watchdog (Equifax) llamando al 866-513-1518.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)**

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

El diagnóstico de enfermedad crónica debe estar en el expediente y registrado en CCA antes de recibir los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La enfermedad es diagnosticada por un profesional médico con licencia, incluido su proveedor de atención primaria, enfermero practicante y proveedores similares. No todos los miembros calificarán.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)**

La SET está cubierta para los afiliados que padecen una enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.

Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa para la SET.

El programa de la SET debe cumplir los siguientes requisitos:

- Consistir en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación
- Ser realizado en un centro de servicios ambulatorios de un hospital o en el consultorio de un médico
- Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD
- Ser proporcionado bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de asistencia vital básicas y avanzadas.

Es posible que la SET tenga cobertura de más de 36 sesiones en 12 semanas para alcanzar 36 sesiones adicionales durante un período prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.

Dentro de la red:

Copago de \$25 por visita

Punto de servicio:

50 % de coseguro

Se requiere autorización previa.

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Apoyo para cuidadores (centro de vida asistida)</p> <p>Después de la hospitalización si se cumplen los criterios, se cubren hasta 14 días en un centro de vida asistida dentro de la red.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por servicios cubiertos en un centro de vida asistida.</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Transporte (médico y que no sea de emergencia)</p> <p>El plan cubre doce (12) viajes médicos de ida por año (que no sean emergencias) a destinos aprobados en el área de servicio del plan dentro de 20 millas de la ubicación de recogida. Los viajes deben reservarse con 72 horas de anticipación, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., hora del este, y sábados y domingos de 8 a. m. a 12 p. m., hora del este.</p> <p>Los miembros pueden programar citas de transporte llamando al 833-402-0101.</p>	<p>Dentro de la red: Copago de \$0 por viaje</p> <p>Punto de servicio: Sin cobertura</p> <p><i>Se requiere autorización previa</i></p>
<p>Servicios por necesidad de urgencia</p> <p>Se proporcionan servicios por necesidad de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, cuando, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios por necesidad de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Copago de \$45 por visita</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios por necesidad de urgencia (continuación)**

A continuación, se presentan ejemplos de servicios por necesidad de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red en los siguientes casos: Usted se encuentra por el momento fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una enfermedad imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red.


El costo compartido de los servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.

Hay un límite de \$100,000 para servicios de emergencia o por necesidad de urgencia brindados fuera de los Estados Unidos.

En la medida de lo posible, debe informar a su PCP/equipo de cuidado si recibe cuidado urgente.

Copago de \$0 por visita en virtud de la cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo

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

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p><u>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare (no de rutina):</u></p> <p>Los siguientes servicios oftalmológicos que no son de rutina cubiertos por Medicare están cubiertos a través de un proveedor de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios (refracciones oculares) de la vista para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son aquellas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y estadounidenses hispanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p><u>Exámenes rutinarios de la vista:</u></p> <p>Los siguientes servicios oftalmológicos de rutina están cubiertos con la tarjeta Healthy Savings Card a través de tiendas oftalmológicas registradas con Visa que aceptan Visa como forma de pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos un examen oftalmológico por año. • Cubrimos anteojos recetados, incluidos marcos, lentes, lentes de contacto necesarios para la visión o mejoras de hasta \$300 por año. <p>(continuación)</p>	<p><u>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare (no de rutina):</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$10 por los exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Punto de servicio:</p> <p>Coseguro del 50 % para exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Prueba de detección de glaucoma:</u></p> <p>Dentro de la red: copago de \$0</p> <p>Punto de servicio: 50 % de coseguro</p> <p><u>Exámenes rutinarios de la vista:</u></p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Examen ocular de rutina: Usted recibe \$300 cada año en su tarjeta Healthy Savings Card, que se pueden usar en tiendas oftalmológicas registradas con Visa que acepten Visa para pagar exámenes oftalmológicos de rutina, lentes de anteojos, marcos de anteojos, lentes de contacto y mejoras de anteojos. Usted es responsable de todos los costos que excedan la asignación de \$300.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Atención oftalmológica (continuación)**

La tarjeta solo puede usarse para compras calificadas que el proveedor de su plan indique en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Visa. Sutton Bank emite la tarjeta, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese directamente con el patrocinador del programa para obtener una lista completa de las compras calificadas. Visa es una marca comercial registrada de Visa, U.S.A. Inc. Todas las demás marcas comerciales y marcas de servicio pertenecen a sus respectivos dueños. No hay acceso a efectivo ni al cajero automático. Se aplican términos y condiciones. Comuníquese con su proveedor del plan para obtener más detalles.

Anteojos (marcos, lentes, lentes de contacto y mejoras): \$0 hasta un máximo combinado de beneficios para exámenes oftalmológicos y anteojos de hasta \$300 por año de beneficios.

Punto de servicio: Sin cobertura

**Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”**

El plan cubre la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* por única vez. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas vacunas y prueba de detección) y remisiones para otra atención, si es necesario.

Importante: Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Dentro de la red:
No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Punto de servicio:
50 % de coseguro

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

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

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

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se detallan a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción ocurre frente a una apelación y decisión, es decir, a partir de una apelación de que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto a causa de su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en condiciones específicas
<p>Atención de custodia: (Cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria que no requieren habilidades o capacitación profesional, p. ej., bañarse y vestirse).</p> <p>El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado para ayudarlo con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse y vestirse.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pueden tener la cobertura de Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos que se cobran por la atención provista por sus familiares directos o miembros de su familia.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Servicio de comidas a domicilio.</p>		<p>Cubrimos 7 días de comidas en el hogar (hasta dos comidas por día) entregadas después de cada cirugía u hospitalización.</p>
<p>Los servicios domésticos incluyen asistencia doméstica básica, que incluye tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).</p>	No cubiertos en ninguna situación	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en condiciones específicas
Atención dental que no sea de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión esté cubierta como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en la habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como teléfono o un televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Tiene cobertura solo cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.
Cuidado de los pies de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 5:

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

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

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

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

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

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.ccahealthmi.org) o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

Si la farmacia que ha utilizado abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. O bien, si la farmacia que ha estado usando permanece dentro de la red pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que desee cambiarse a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ccahealthmi.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC). En general, un LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contacte a Servicios para Miembros.
- Farmacias que sirven al programa de salud indígena/tribal/urbano del Servicio de Salud Indígena (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos de los Estados Unidos o Alaska pueden usar estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que expenden medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Esta situación es muy infrecuente).

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

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos enviados por correo son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo.

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

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro del medicamento para **al menos 30 días y un suministro para no más de 100 días**.

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

En general, recibirá un pedido por correo de la farmacia en no más de 14 días. La farmacia de pedido por correo se comunicará con usted si se producirá una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos. También tiene la opción de solicitar la entrega acelerada (rápida) de su receta de pedido por correo utilizando el envío aéreo con entrega en 2 días o con entrega al día siguiente (con un costo adicional).

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de cuidado médico, sin consultarlo primero, si:

- Usted utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de cuidado médico. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento si continúa solicitando que su médico nos envíe sus recetas. No se necesita ninguna solicitud especial.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea, y no se ha puesto en contacto con usted para ver si la quería antes de que se la enviaran, puede tener derecho a un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedido por correo del plan al 844-705-7498.

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

Para dejar de recibir automáticamente las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado médico, póngase en contacto con nosotros por teléfono llamando al 844-705-7498.

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

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

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

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedidos por correo del plan al 844-705-7498.

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

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

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

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

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

Su receta puede tener cobertura en ciertas situaciones

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

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

- La receta es para una emergencia médica o cuidado de urgencia.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo porque no hay farmacias de la red que brinden servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista o de servicio por correo de la red accesible (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Usted es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.

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

¿Cómo pide un reembolso al plan?

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

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

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

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

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

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

Generalmente, cubriremos un medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan siempre que siga las normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *una* de estas condiciones:

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

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

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

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

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

¿Qué sucede si *no* figura en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

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

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo).
- El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos (este nivel incluye insulinas seleccionadas).
- El Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 incluye medicamentos de especialidad (el nivel más alto).

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está incluido en la “Lista de medicamentos”?**

Tiene cuatro (4) maneras de saberlo:

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

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo 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 eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones anteriores aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, verifique la “Lista de medicamentos”.

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

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

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

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

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

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

Obtención de la aprobación por adelantado

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

Prueba de un medicamento diferente primero

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

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

Límites de cantidad:

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que quisiera?

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

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

- Tal vez el medicamento no tiene cobertura. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales sobre la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su reparto de costos sea más caro de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

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

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento

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

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

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

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta se emitió por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para brindar un suministro máximo de hasta 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención de largo plazo puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el uso innecesario).
- **Para aquellos miembros que están en el plan desde hace más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para aquellos que tienen una transición en el nivel de atención.** Proporcionaremos un suministro de emergencia de al menos 31 días (a menos que la receta indique menos días) para todos los medicamentos que no estén en el vademécum, incluidos aquellos que puedan estar sujetos a requisitos de un tratamiento escalonado o a una autorización previa. Una transición de nivel de atención que no fue prevista podría ser cualquiera de las siguientes:
 - un alta o ingreso a un centro de atención a largo plazo,
 - un alta o ingreso a un hospital, o
 - un cambio de nivel especializado en un centro de enfermería

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

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

1) Puede cambiarse a otro medicamento

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

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

2) Puede solicitar una excepción

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

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

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

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

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

Puede cambiarse a otro medicamento

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

Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos de nuestro nivel de especialidad 5 no cumplen con los requisitos para este tipo de excepción. No reducimos el importe de los gastos compartidos para los medicamentos de este nivel.

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

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

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

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

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

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que toma?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.

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

- Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, aún si está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluye información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o la persona encargada de extender la receta pueden solicitar al plan una excepción y que siga cubriendo el medicamento de marca para su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirar de inmediato el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si toma ese medicamento, le informaremos al respecto de inmediato.
 - La persona que receta también tendrá conocimiento de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que comience el año, que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones. También podemos hacer cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación o avisarle del cambio y darle un resurtido de 30 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con la persona que emite la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que toma.
 - Usted o la persona que emite la receta pueden solicitarnos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

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

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

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan en general no puede cubrir el uso no aprobado. El uso **no aprobado** es cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Se permite la cobertura del uso no aprobado solo cuando el uso se fundamenta en ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Vademécum del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

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

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

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

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

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

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

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

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota especial sobre “cobertura acreditable”:

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

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

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

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

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

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen en forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los cuales se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para corroborar que esté tomando medicamentos opioides de manera adecuado y médicamente necesaria. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de opioides o benzodiazepinas con receta médica no es seguro, podemos limitar la administración de esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas en ciertas farmacias.

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

- Exigirle que reciba todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y otra información que considere que debemos saber. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que emita recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su pedido en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente, enviaremos su caso a un revisor independiente, externo a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

Sección 10.3	Programa de manejo de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

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

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

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

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 en cualquier ocasión en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico. También, tenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su documento de identidad) si va al hospital o a una sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus
medicamentos recetados
de la Parte D*

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina costo compartido, y existen tres formas en las que se le puede solicitar que pague.

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

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo**

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

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

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

Importa quién paga:

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia de medicamentos para el sida, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos efectuados por el Programa de “Ayuda adicional” (“Extra Help”) de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare. El importe que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluido. Pero el importe que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$8,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de brecha de cobertura a la Etapa de cobertura en casos de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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

- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que adquiera en una farmacia fuera de la red y que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por parte de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Espacio de Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de la empresa.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la compensación de los trabajadores).

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Etapa 1: Etapa de deducible anual****Etapa 2: Etapa de cobertura inicial****Etapa 3: etapa de brecha de cobertura****Etapa 4: Etapa de cobertura en casos de catástrofe**

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

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

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

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Se llama información del año a la fecha. Muestra los costos de medicamentos totales y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta es información sobre el precio total del medicamento y los incrementos en los precios con respecto al primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.2 Ayúdenos a que la información que tenemos sobre sus pagos de medicamentos esté actualizada**

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

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

SECCIÓN 4 No hay deducible para CCA Medicare Excel (HMO-POS)

No hay deducible para CCA Medicare Excel (HMO-POS). Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el importe de su copago o coseguro). La parte del costo que le corresponde varía en función del medicamento y del lugar en el que se surta la receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

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

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos (el nivel más bajo).
- El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos (este nivel incluye insulinas seleccionadas).
- El Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 incluye medicamentos de especialidad (el nivel más alto).

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

Sus opciones de farmacia

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

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

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

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento**

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

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

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

	Costos compartidos estándar de venta al público (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Reparto de los costos de la venta por correo (hasta un suministro de 30 días)	Gastos compartidos de los cuidados a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Participación en los costos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles) (hasta un suministro de 30 días)
Nivel				
Costos compartidos Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Costos compartidos Nivel 2 (Genérico)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Costos compartidos Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 copago	\$47 copago	\$47 copago	\$47 copago
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 copago	\$100 copago	\$100 copago	\$100 copago
Gastos compartidos del Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro

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

No pagará más de \$10 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivel	Costos compartidos estándar de venta al público (dentro de la red) (hasta un suministro de 100 días)	Reparto de los costos de la venta por correo (hasta un suministro de 100 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0 copago	\$0 copago
Costos compartidos Nivel 2 (Genérico)	\$0 copago	\$0 copago
Costos compartidos Nivel 3 (Marca preferida)	\$141 copago	\$141 copago
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$300 copago	\$300 copago
Gastos compartidos del Nivel 5 (Nivel de especialidad)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5

No pagará más de \$30 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos en el año alcancen \$5,030**

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

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

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

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de brecha de cobertura

Cuando esté en la Etapa de Brecha de Cobertura, el Programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare le ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Nuestro plan ofrece cobertura en la Etapa de brecha de cobertura para medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2. Para los medicamentos en todos los demás niveles, usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se contabilizan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y le hacen pasar la brecha de cobertura.

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

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

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

Los requisitos de coseguro de la Etapa de brecha de cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

No pagará más de \$10 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

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

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

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en casos de catástrofe, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

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

- Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo 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 de vacunas específicas.

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

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

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

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

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte del costo que le corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago de \$47 por la vacuna en sí misma, lo que incluye el costo de administrársela.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí misma y el costo para que el proveedor se la administre.
- A continuación, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí misma.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

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

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

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

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o por necesidad de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o por necesidad de urgencia de cualquier proveedor, forme o no parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a proporcionar cuidado de emergencia. Si paga accidentalmente el monto total usted mismo al momento de recibir el cuidado, pídanos que le devolvamos el dinero por nuestra parte del costo. Envíanos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho.
- Puede recibir una factura de un proveedor en la que se solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya hecho.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red te envía una factura que crees que no debe pagar

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

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

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

3. Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, mande su factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Es recomendable realizar una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación dentro de un año a partir** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ccahealthmi.org) o llamar a Servicios para Miembros y pedir el formulario.

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

Cobertura médica:

CCA Health Michigan
P.O. Box 21063
Eagan, MN 55212

Farmacia:

Optum RX Manual Claims
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

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

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra parte de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no enviaremos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos todo o parte del medicamento o el cuidado médico, puede presentar una apelación.

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva u orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder las preguntas de los miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle sin costo información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame al 855-959-5855 para presentar una queja formal. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

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

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

En el Capítulo 9, se le informa lo que puede hacer si piensa que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no esté proporcionando o pagando su cuidado, *estamos obligados a primero obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no nos exigen pedir primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica.
 - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a dar a Medicare su información médica incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y normativas federales. En general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica como un ser único.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Puede ver la información en sus registros y saber cómo se comparte con otras personas**

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

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

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

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de CCA Medicare Excel (HMO-POS), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

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

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado**Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.**

Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de cuidado médico. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de un modo que pueda comprender*.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar el costo, o si estas tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que conlleve su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre puede rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar todo tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar el medicamento. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia.

Tiene el derecho de impartir instrucciones sobre qué se hará si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí solas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esa situación. Esto significa que, si quiere, puede:

- Rellene un formulario escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones** por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar indicaciones previas en estas situaciones se llama “**directiva anticipada**”. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial para cuidado médico** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere utilizar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas en organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar en dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la que tomará las decisiones por usted si no puede hacerlo. Le recomendamos proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su elección si quiere completar una voluntad anticipada (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios al Consumidor y la Industria de Michigan llamando al 1-517-373-9196.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar una queja y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se informa qué puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo) **estamos obligados a tratarlo de forma imparcial.**

Sección 1.7	¿Qué debe hacer si piensa que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se respetan?
--------------------	---

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por otro motivo?

Si cree que ha recibido un trato injusto o sus derechos no se han respetado, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener detalles.
- O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a Servicios para Miembros.
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener detalles.
- Puede comunicarse con Medicare.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Debe informarnos si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta médica además de nuestro plan.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo, al darles información, hacer preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordados entre usted y sus médicos.
- Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Esperamos que actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, del hospital y de otros consultorios.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
 - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si se le exige que pague el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto extra directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio,** tenemos que saberlo para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que avise al seguro social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud
--------------------	---

Este capítulo explica los dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

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

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

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

Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?
--------------------	--

Hay términos legales para algunas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son conocidos para la mayoría de la gente, y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, en general se usa presentar una queja en lugar de presentar un queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede ser útil (y a veces bastante importante) que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para recibir la ayuda o la información correcta para su situación. Para saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde recibir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en ocasiones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna aseguradora o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para lidiar con su problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue lo ayudará.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo. **Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.**

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y apelaciones hacen referencia a los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza su decisión de cobertura y proceso de apelaciones para problemas como si algo tiene cobertura o no, y la forma en que se brinda cobertura de algo.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del 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 usted recibió un aviso de denegación estándar de este especialista médico, o que la Evidencia de cobertura deje en claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedir una decisión de cobertura si su médico no sabe si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que el cuidado médico no tiene cobertura o usted ya no tiene más cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una

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

decisión de cobertura. Las personas que manejen su apelación serán revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina “Apelación de Nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para determinar si seguimos las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explica por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si respondemos que no a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si respondemos que no a una parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir con niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

Estos son algunos recursos si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- **Puede recibir ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, este deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ccahealthmi.org.)

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

- Para cuidado médico 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 otro profesional que emite las recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que emite las recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si desea, puede nombrar otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sean su representante, llame a Servicios para Miembros y pida un formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ccahealthmi.org. El formulario da a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario en los 44 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito donde se explique su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no necesita tener un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

Sección 4.3

¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su caso?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles para cada una en una sección distinta:

- **Vaya la Sección 5 de este capítulo:** Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Vaya la Sección 6 de este capítulo:** Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Vaya la Sección 7 de este capítulo:** Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.

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

- **Vaya la Sección 8 de este capítulo:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Solo se aplica a estos servicios:* cuidado médico a domicilio, centro de cuidado de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

<p>Sección 5.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura de cuidado médico o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado.</p>
--

Esta sección es sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico”, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de medicamento con receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para servicios y artículos médicos.

Esta sección te informa lo que puede hacer si estás en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que quiere y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar que nuestro plan le reembolse dicha atención **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para una determinada atención médica que estaba recibiendo, y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

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

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es por servicios de cuidado en un hospital, cuidado médico a domicilio, en un centro de cuidado de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura rápida se toma dentro del plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede recibir una decisión rápida de cobertura *solo* si el plazo límite estándar podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos 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, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comienza por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacernos su solicitud de autorización o suministro de cobertura por la atención médica que necesita. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene 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 solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si su pedido es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo.

Paso 4: Si respondemos que no a su pedido de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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 sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días, o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro del plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de un cuidado que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su estado de salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite 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 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta en relación con la decisión de cobertura. Si incumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo de la demora en la apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de causas justificadas se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Tanto usted como su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos con atención toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

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

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su pedido es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección médica nos lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos un período adicional de hasta 14 días calendario** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo es la apelación de nivel 2

Término legal

La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente**. A veces, esta se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**. Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para fundamentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir del momento en que recibió su apelación.

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

- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario luego de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B dentro de un plazo de **72 horas** luego de que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no hay que aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar la apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
 - Explicarle su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto en dólares con el que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, decide si quiere llevar al siguiente paso su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

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

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de cuidado médico?

En el Capítulo 7 se describen los casos en que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en donde se nos solicita el pago.

Pedirnos un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es por un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas sobre el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y usted respetó todas las reglas, le enviaremos el pago por la parte del costo que nos corresponde dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos los servicios y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos pide cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos pide que le devolvamos el pago de atención médica que ya recibió y pagó usted, no se le permite presentar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro del plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

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

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección es sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general, usamos el término medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos la frase “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Vademécum*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le indica que no se puede surtir su receta del modo que está emitida, la farmacia le dará una notificación escrita que explica cómo contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D es una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Si está solicitando que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un monto menor de costos compartidos por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

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

- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum**.

Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera, puede solicitarnos que hagamos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deberán explicar los motivos médicos por los que necesita que le aprueben la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden solicitar que hagamos lugar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, tendrá que pagar el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4 de medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que le exigimos pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al importe del copago o del coseguro que le exigimos por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos más bajo.** Cada medicamento de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de gastos compartidos, menos pagará usted su parte del costo del medicamento.

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

- Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene medicamentos alternativos para el tratamiento de su enfermedad que se encuentran en un nivel de costos compartidos inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de gastos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su enfermedad.
- Si el medicamento que está tomando es genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de gastos compartidos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su enfermedad.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5 de medicamentos de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones
--------------------	---

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otra persona que receta debe brindarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que emite la receta cuando solicita la excepción.

En general, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pides una excepción al nivel, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel más bajo de costo compartido funcione tan bien para usted, o si todos tienen probabilidad de causar reacciones adversas u otros daños.

Podemos decir Sí o No a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación en general es válida hasta el final del año del plan. Esto es verdad siempre que su médico siga recetando el medicamento para usted y que el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

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

Sección 6.4. Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

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 rápida** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Debe cumplir con dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Los plazos límites estándar podrían causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro profesional que emite la receta nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que emite la receta), decidiremos si su estado de 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 estándares.
 - Explica que, si su médico u otro profesional que emite la receta solicita una decisión de cobertura rápida, le daremos una decisión de cobertura rápida de forma automática.
 - Le informa cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comienza por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacernos su solicitud de autorización o suministro de cobertura por la atención médica que necesita. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud

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

por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emite la receta) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que emite la receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que emite la receta pueden informarnos por teléfono y luego hacer el seguimiento con el envío de la declaración por fax o correo, si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para la decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

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 los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- Si respondemos **Sí a todo o parte de lo que solicitó**, también debemos hacerle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si rechazamos **todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su pedido de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1
--------------------	---

Términos legales
<p>Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.</p> <p>Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada.</p>

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, la apelación estándar se realiza dentro del plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro del plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que emite la receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su médico u otro profesional que emite la receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere de una respuesta rápida, debe pedir una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 844-705-7498.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta en relación con la decisión de cobertura. Si incumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo de la demora en la apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, buenos motivos serían una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su apelación y agregar más información.** Tanto usted como su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos con atención otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos contactarlo a usted o a su médico u otro profesional que emite la receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento aún y si su afección de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

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

- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó**, también debemos hacerle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

La denominación formal para la organización de revisión independiente es la Entidad de revisión independiente . A veces, esta se denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que emite la receta) deben comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si respondemos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar la apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones informarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.

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

- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su expediente del caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso.** Tenemos permitido cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para fundamentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización responde 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 para:

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión a Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, decide si quiere llevar al siguiente paso su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. Ayudarán a organizar cualquier atención médica que pueda necesitar después de su alta.

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta hospitalaria**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital le dirán cuál es.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más larga y se considerará su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.1 Durante su estancia en hospital, recibirá un aviso escrito de Medicare, donde se le informará de sus derechos**

En el transcurso de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, le darán un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, de un asistente social o un enfermero), pídselo 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 este aviso en detalle y consulte si no entiendes algo.** Allí, se le informará:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo que ordene su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención médica hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si usted considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Deberá firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
 - Se les pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso.
 - La firma del aviso muestra *solo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que acepta la fecha del alta hospitalaria.
- 3. Conserve su copia** del aviso a mano para tener disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) para cuando la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de su alta programada.
 - Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios 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. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

Sección 7.2. Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere pedir que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifique si su fecha de alta hospitalaria planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado médico a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar el cuidado brindado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibas (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) te informa cómo comunicarte con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para la mejora de la calidad *antes* de abandonar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha del alta hospitalaria**.
 - **Si cumple este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta hospitalaria *sin pagar*, mientras espera recibir la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple este plazo** y decide quedarse en el hospital después de su fecha del alta hospitalaria planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención médica hospitalaria que recibe después de su fecha del alta hospitalaria planificada.
- Si se pasa el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad y sigue queriendo apelar, puede presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

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

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le proporcionaremos una **Notificación detallada del alta hospitalaria**. En esta notificación se proporciona su fecha de alta planificada y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Puede obtener una muestra de la **Notificación detallada del alta hospitalaria** llamando a Servicios 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 bien, puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué piensan que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá una notificación por escrito enviada por nosotros, en la que se le indicará su fecha de alta planificada. En esta notificación además se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día entero posterior a que haya recibido toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la organización de revisión responde que sí a su apelación, *debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos* **mientras sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es NO?

- Si la organización de revisión dice que *no*, significa que su fecha del alta hospitalaria planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, nuestra cobertura para los servicios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.

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

- Si la organización de revisión dice *No* a su apelación y decide permanecer en el hospital, **tal vez deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después de mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha respondido que *no* a su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que va a pasar al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta hospitalaria
--------------------	---

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad examinará nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta hospitalaria prevista.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores la recepción de su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Qué sucede si la organización de revisión dice sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

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

Qué sucede si la organización de revisión dice no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en la apelación de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación al pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?
--------------------	--

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Puede presentar la apelación ante nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si incumple el plazo para contactar a la Organización para la mejora de la calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos y no los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha del alta hospitalaria planificada, y verificamos si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha del alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada. Corroboramos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

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

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que solicita una revisión rápida.

- **Si respondemos que sí a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos brindando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe seguir pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación**, significa que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que su cobertura finalizaría.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha del alta hospitalaria planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha del alta hospitalaria planificada.

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de Nivel 2

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la Entidad de revisión independiente . A veces, esta se denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se informa cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.

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

- **Si esta organización responde que *sí* a su apelación**, debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista de su alta. También debemos seguir brindando cobertura del plan por sus servicios para pacientes hospitalizados siempre que sean médicamente necesarios. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, pueden limitar el monto que le reembolsemos o el tiempo durante el cual continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización responde que *no* a su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha prevista de alta fue médicamente adecuada.
 - En la notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, la cual es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que No a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esta decisión o prosigue con una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo le brinda más información los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, debemos informarle con anticipación. Cuando su cobertura para esta atención finalice, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.

Si piensa que dimos por finalizada la cobertura demasiado pronto **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuando su cobertura esté por finalizar****Término legal**

Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a suspender la cobertura de su atención. El aviso le informa lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso muestra *solo* que recibió la información sobre el momento en que finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para exigir que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención médica por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** está formada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención brindada a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Usted presenta su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Notificación de falta de cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *aviso de falta de cobertura de Medicare*.

Su plazo para contactar a esta organización

- Si se le pasa el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad y sigue queriendo presentar una apelación, puede presentarnos una apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

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 los motivos para interrumpir la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué piensan que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará sus registros médicos, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la **Explicación detallada de la falta de cobertura** de nuestra parte, donde explicaremos en detalle los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**

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

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, centro de atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que su cobertura finalice, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención médica por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que *no* a su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de finalizada su cobertura para esa atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para exigir que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad examinará nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de sus servicios de cuidado médico a domicilio, centro de cuidado de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice no?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en la apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación. Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador está a cargo de ese nivel.

Paso 4: Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación de nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar la apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez y contactar a la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (como máximo, dentro del plazo de uno o dos días). Si incumple el plazo para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos y no los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre el momento de finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinaremos toda la información sobre su caso otra vez. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para la finalización de la cobertura del plan por los servicios que recibía.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que solicita una revisión rápida.

- **Si decimos que Sí a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con que usted debe recibir los servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe seguir pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de cuidado médico a domicilio, centro de cuidado de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la Entidad de revisión independiente . A veces, esta se denomina IRE .

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser modificada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para trabajar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se informa cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí a su apelación**, debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. También, debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesaria. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo durante el cual continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan ante su primera apelación y que no la cambiará.
- El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le informará por escrito qué hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente responde que no a su apelación, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La revisión de la apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo le brinda más información de los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicio médico
--------------------	--

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, puede pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor a ese nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que impliquen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi del mismo modo. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabajen para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.** A diferencia de la decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adicionales necesarios. Podemos esperar una decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 que fue favorable, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.** A diferencia de la decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si respondemos que no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no quiere aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a la apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

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

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si hizo una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que apeló alcanza cierto monto en dólares, puede pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 se explicará a quién contactar y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que impliquen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi del mismo modo. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabajen para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es SÍ, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es **SÍ**, el proceso de apelaciones ha terminado. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el Consejo en un **plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si no quiere aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su pedido de revisión de la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten pasar a la apelación de Nivel 5. También se le dirá con quién comunicarse y qué hacer luego si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes**

Sección 10.1 **¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se usa para ciertos tipos de problemas *únicamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de presentación de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le quieren dar motivos para que abandone el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para concretar una cita o espera demasiado tiempo para poder concretarla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O tal vez nuestro departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para surtir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está inconforme con la limpieza o las condiciones de la clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le brindamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas se relaciona con la puntualidad de nuestras acciones respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación le presentamos algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos pidió una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, y dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. <p>Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.</p>

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**

- Un **reclamo** también se denomina **queja formal**.
- **Presentar un reclamo** también se denomina **presentar una queja formal**.
- **Usar el proceso de reclamos** también se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina **queja formal acelerada**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas**Paso 1: Contáctenos de inmediato, por teléfono o por escrito.**

- **Habitualmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme) puede presentar su queja ante nosotros por escrito.** Si presenta su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Las quejas formales deben presentarse dentro de los 60 días calendario de la enfermedad, la situación, el evento o el problema que dio lugar a la disconformidad. La unidad de Quejas Formales y Apelaciones de CCA Health Michigan generalmente enviará por correo postal un acuse de recibo escrito de las quejas formales dentro de las 24 horas de su recepción. Debe acusarse de recibo de las quejas formales relacionadas con las siguientes dos decisiones dentro de las 24 horas de su recepción:
 - Negativa a otorgar una solicitud para una determinación o reconsideración acelerada de la organización.
 - Una extensión, o negativa a otorgar la solicitud de extensión de un miembro, del plazo para realizar una determinación o reconsideración de la organización.

Para presentar una queja formal relacionada con el servicio médico, usted o su representante autorizado debidamente designado deben llamar o proporcionar una declaración escrita y firmada de la queja formal (carta, fax o formulario de solicitud de CCA Health Michigan) a:

CCA Health Michigan
Attn: Appeals Coordinator
PO BOX 21063
EAGAN, MN 55121

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

O bien, puede llamar al (855) 959-5855, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., con horarios de fin de semana del 1.º de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Para presentar una queja formal relacionada con el servicio de medicamentos recetados de la Parte D, usted o su representante autorizado debidamente designado deben llamar o proporcionar una declaración escrita y firmada de la queja formal (carta, fax o formulario de solicitud de CCA Health Michigan) a:

CCA Health Michigan
PO BOX 21063
EAGAN, MN 55121

O bien, puede llamar al (855) 959-5855, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., con horarios de fin de semana del 1.º de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Debemos abordar su queja formal tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si rechazamos su queja formal en su totalidad o en parte, nuestra decisión por escrito le explicará por qué la rechazamos y le informará sobre cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica.
- **Respondemos la mayor parte de las quejas en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque le negamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su reclamo y no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta el reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le enviemos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para la mejora de la calidad**

Cuando su reclamo es acerca de la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de cuidado médico a quienes el gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado médico brindado a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien,

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre CCA Medicare Excel (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en CCA Medicare Excel (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que quiere dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se proporciona información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en que debemos finalizar su membresía. La Sección 5 le informa situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, el plan deberá seguir brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted deberá seguir pagando su parte del costo, hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período anual de inscripción
--

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período anual de inscripción** (también conocido como “Período anual de inscripción abierta”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período anual de inscripción** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando se inicie la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de salud de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertos casos, los miembros de CCA Medicare Excel (HMO-POS) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, si necesita la lista completa, puede contactarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se haya mudado.
- Si tiene Medicaid de Michigan.
- Si es elegible para la “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de convalecencia o en un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Nota:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le informa más sobre programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Si quiere saber si cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura de medicamentos con receta como su cobertura de salud de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Generalmente, su membresía finalizará el último día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirse en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted 2024).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía con nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quiere pasar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.Se cancelará su inscripción automáticamente de CCA Medicare Excel (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Se cancelará su inscripción automáticamente de CCA Medicare Excel (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">Envíe una solicitud de desinscripción por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.O bien, puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se cancelará su inscripción de CCA Medicare Excel (HMO-POS) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CCA Medicare Excel (HMO-POS) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

CCA Medicare Excel (HMO-POS) debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Se muda fuera del área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar a donde se muda o a donde viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para la cobertura de medicamentos con receta.
- Si de forma deliberada nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de un modo que es perturbador y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si permite que alguien más use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene preguntas o quiere más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud</u>
--------------------	---

CCA Medicare Excel (HMO-POS) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía con nuestro plan
--------------------	---

Si finalizamos su membresía con nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para finalizar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal aplicable a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en que viva. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciben financiación federal y todas las otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

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

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el primer pagador. Según la normativa de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, CCA Medicare Excel (HMO-POS), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría en virtud de la normativa de los CMS comprendida entre las subpartes B y D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen a toda ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que opera exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y que tengan una estadía prevista en el centro de no más de 24 horas.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: es algo que uno hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado médico, de medicamentos recetados, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) factura a un paciente una cantidad superior al importe gastos compartidos permitido por el plan. Como miembro de CCA Medicare Excel (HMO-POS) CCA Medicare Ultima, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores facturen el saldo ni que le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que se admiten en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando se le da de alta del hospital o no ha recibido ningún cuidado especializado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden replicarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, por lo general, requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento con receta médica que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapa de cobertura en casos de catástrofe: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de administrar Medicare.

Coseguro: cantidad que puede tener que pagar, la cual se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte del costo de los servicios o de los medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal para realizar una queja es presentar una queja formal. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluida fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación de entorno domiciliario.

Copago: cantidad que puede tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las cantidades que el miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Se añade a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de gastos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por la receta. En general, si lleva la receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos: el término que usamos para todos los servicios y suministros de cuidado médico cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare, en general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: es la atención brindada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado asistencial brindado por personas sin habilidades o capacitación profesionales, que incluye ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse en la cama o levantarse de esta, sentarse en una silla o levantarse de esta, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de la gente hace por sí sola, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de costos compartidos: puede aplicarse una “tasa diaria de costos compartidos” cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de gastos compartidos en los gastos es el copago dividido por el número de días de un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tasa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Deducible: monto que debe pagar por el cuidado médico o los medicamentos antes de que pague nuestro plan.

Cancelar inscripción o Cancelación de la inscripción: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Tasa de dispensación: tasa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como por ejemplo, el tiempo que le llevó al personal de la farmacia preparar y empaquetar la receta.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que pide su médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (i.v.), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar.

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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cuidado de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este manual, junto con su formulario de inscripción y todo otro manual adjunto, cláusula u otros manuales seleccionados de cobertura opcional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro vademécum (una excepción al vademécum) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (o excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al vademécum).

“Ayuda adicional”: programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Queja formal: tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidos los reclamos sobre la calidad de la atención. Esto no implica disputas de pagos o cobertura.

Auxiliar de atención domiciliaria: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta registrado, como la ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de cuidados paliativos (para enfermos terminales) en su área geográfica. Si elige la atención en un centro de cuidados paliativos y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y también los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estancia en hospital en la que usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, se lo podría considerar un paciente ambulatorio.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años excede cierto monto, pagará la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, hayan alcanzado \$5,030.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare, el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y que finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por los CMS que prestan servicios de cuidado médico similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de cuidado médico similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) el(los) centro(s) de LTC específico(s).

Plan de necesidades especiales (SNP) equivalente institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado del estado respectiva y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado, si es necesario, para garantizar la prestación uniforme del cuidado especializado.

Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum o “Lista de medicamentos”): lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red. Los montos que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado médico están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos manuales de referencia.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años y mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellos con deficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período que se extiende del 1.º de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) de honorarios por servicios privados (private fee-for-service, PFFS), o iv) de una Cuenta de ahorros médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de descuentos para el período de brecha de cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha de cobertura y que no estén recibiendo ya la “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

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 deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, programas piloto/de demostración y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): el seguro que ayuda a pagar vacunas, productos biológicos y medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las brechas de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan, o miembro del plan): persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia con un contrato con nuestro plan, en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red, proveedor: es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado médico, hospitales y otros centros de cuidado médico con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de cuidado médico. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre la cobertura de ciertos servicios o artículos o la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de costo por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado médico los montos que establece el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico que acepte Medicare. Debe pagar un deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Centro o proveedor fuera de la red: centro o proveedor que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Un proveedor fuera de la red no está empleado por nuestro plan ni pertenece a él o es administrado por él.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de participación en los costos compartidos del miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas de edad avanzada) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para personas frágiles, para ayudarlas a mantener su independencia y su vida en comunidad (en lugar de trasladarlas a un hogar de convalecencia) lo máximo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte la sección Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de los medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Penalidad por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa un costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específica. Un plan de PPO debe cubrir todas las prestaciones del plan tanto si se reciben de proveedores de la red como de fuera de la red. El gasto compartido del miembro será generalmente mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de los gastos de bolsillo combinados por los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado médico por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP): médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el vademécum.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de cuidado médico a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar el cuidado médico brindado a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período determinado.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el vademécum y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos del vademécum alternativos que pueden usarse para la misma enfermedad que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y el lenguaje, terapia ocupacional.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, en general, es también el área en donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de forma continua y todos los días en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero matriculado o un médico pueden aplicar.

Periodo de inscripción especial: es un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede tener derecho a un Periodo de inscripción especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda cuidado médico más específico para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, viven en un asilo de ancianos o tienen ciertas enfermedades crónicas.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Terapia de pasos: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica, antes de que cubramos el medicamento que su médico tal vez recetó inicialmente.

Ingreso complementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

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

Servicios para Miembros de CCA Medicare Excel (HMO-POS)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME	(855) 959-5855 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.
FAX	813-472-8203
POR CORREO	CCA Health Michigan PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121
SITIO WEB	www.ccahealthmi.org

Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP)

MMAP es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-803-7174
POR CORREO	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program 6105 W. St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	https://mmapinc.org/

Declaración de divulgación de la PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.