
SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Evidencia de cobertura para 2026

Sharp Direct Advantage Basic (HMO)



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

En este documento, le brindamos información detallada sobre su cobertura de atención de salud y de medicamentos de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un sitio seguro.**

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido del plan.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo contactarnos.
- Otras protecciones exigidas conforme a la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Sharp Direct Advantage Basic (HMO), es ofrecido por Sharp Health Plan. (Al utilizar las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” en esta *Evidencia de cobertura*, se hace referencia a Sharp Health Plan. Al plan Sharp Direct Advantage Basic se hace referencia como “plan” o “nuestro plan”).

Este documento está disponible en forma gratuita, en español.

Esta información está disponible en letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2027.

El *Formulario*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre los cambios que puedan afectarlo con una anticipación mínima de 30 días.

Índice

CAPÍTULO 1:	Comenzar como miembro	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan.....	5
SECCIÓN 3	Materiales importantes sobre la membrecía	6
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes	8
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual del plan.....	14
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el registro de membrecía en el plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro en relación con nuestro plan.....	16
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos	18
SECCIÓN 1	Información de contacto de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	18
SECCIÓN 2	Obtener ayuda de Medicare.....	25
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	26
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	27
SECCIÓN 5	Seguro Social	28
SECCIÓN 6	Medi-Cal	29
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta .	30
SECCIÓN 8	Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	32
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador	33
CAPÍTULO 3:	Uso del plan para sus servicios médicos	34
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro del plan	34
SECCIÓN 2	Reciba atención médica de los proveedores de la red del plan.....	36
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, durante una catástrofe o si necesita atención de urgencia	39
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	42
SECCIÓN 5	Servicios médicos en el marco de un estudio de investigación clínica	42
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de salud	44
SECCIÓN 7	Reglas para adquirir la propiedad del equipo médico duradero.....	45
CAPÍTULO 4:	Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted) ...	47
SECCIÓN 1	Explicación de sus costos de desembolso para los servicios cubiertos	47

SECCIÓN 2	El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	48
SECCIÓN 3	Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones)	97
CAPÍTULO 5:	Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	105
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura del plan de la Parte D	105
SECCIÓN 2	Adquiera sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de encargo por correo del plan.....	105
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la <i>Lista de medicamentos</i> del plan.....	110
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	112
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que desearía que tuviese	113
SECCIÓN 6	La <i>Lista de medicamentos</i> puede cambiar durante el año.....	116
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos sin cobertura	118
SECCIÓN 8	Cómo adquirir un medicamento.....	119
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	120
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	121
CAPÍTULO 6:	Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D.....	124
SECCIÓN 1	Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D	124
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	126
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D (EOB)</i> explica en qué etapa de pago se encuentra usted	126
SECCIÓN 4	No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	128
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial.....	128
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	135
SECCIÓN 7	Cuánto paga por las vacunas de la Parte D	135
CAPÍTULO 7:	Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	138
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o los medicamentos cubiertos.....	138
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o paguemos una factura que recibió	140
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no .	141

CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades.....	143
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural.....	143
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	149
CAPÍTULO 9:	Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	151
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	151
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....	151
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema	152
SECCIÓN 4	Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones	152
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	155
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	163
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto.....	174
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura finaliza demasiado pronto	179
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	183
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.....	186
CAPÍTULO 10:	Cómo finalizar su membresía en el plan.....	189
SECCIÓN 1	Cómo finalizar su membresía en el plan	189
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en el plan?	189
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en el plan	191
SECCIÓN 4	Hasta el momento en que finalice la membresía, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan ...	192
SECCIÓN 5	Sharp Health Plan debe finalizar la membresía en determinadas situaciones	192
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	195
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	195
SECCIÓN 2	Aviso sobre disposiciones de no discriminación	195
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	197
CAPÍTULO 12:	Definiciones	198

CAPÍTULO 1:

Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Sharp Direct Advantage Basic (HMO), que es un plan de HMO de Medicare

La cobertura que recibe se brinda mediante un contrato con su empleador, sindicato o fondo fiduciario anteriores. Está cubierto por Medicare y elige obtener la cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Sharp Direct Advantage Basic (HMO). El plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

Sharp Direct Advantage Basic (HMO) es un plan Medicare Advantage de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) que tiene la aprobación de Medicare y es operado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que reciba de nuestra parte sobre los cambios o las condiciones que pueden afectar su cobertura. A estos avisos a veces se los llama *cláusulas adicionales o enmiendas*.

Este contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO), entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que su empleador, sindicato o fondo fiduciario anteriores decidan continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para obtener la membresía en nuestro plan si cumple todas las siguientes condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas residan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en el país.
- Cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la cobertura de salud a través del empleo del patrocinador del grupo del empleador o sindicato.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para mantener su condición de miembro, debe seguir viviendo en dicha área. El área de servicio se describe a continuación.

El área de servicio incluye este condado de California: condado de San Diego

Si deja de vivir en el área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, dispondrá de un período de inscripción especial durante el cual podrá elegir cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en el país

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o residir legalmente en el país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le informará a nuestro plan si usted no es elegible para ser miembro según este requisito. Si no lo cumple, nuestro plan deberá darlo de baja.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membrecía

Sección 3.1 La tarjeta de membrecía del plan

Utilice la tarjeta de membrecía siempre que reciba servicios cubiertos a través del plan y cuando obtenga medicamentos con receta en farmacias de la red. Si tiene una tarjeta de Medicare, también deberá mostrársela al proveedor. Ejemplo de una tarjeta de membrecía del plan:

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SHARP Health Plan	
SHARP DIRECT ADVANTAGE® BASIC (HMO) Primary Care Physician: Doctor Name M.D. (XXX) XXX-XXXX Plan Medical Group: Your Plan Medical Group Plan Network: Sharp Direct Advantage	Member Name ID# S00000000 Effective Date: XX/XX/XXXX Cost Share: PCP \$XX Specialist \$XX Urgent Care \$XX ER \$XX MedicareRx Prescription Drug Coverage
sharpmedicareadvantage.com Customer Care: 1-855-562-8853 TTY/TDD: 711 Pharmacy Services: Members: 1-855-222-3183 Pharmacy: 1-866-693-4620 RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGROUP: RX4154 Pharmacists submit claims to: Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, Arizona 85072-2066	
DO NOT BILL MEDICARE Providers submit claims to: 8520 Tech Way, Ste 201 San Diego, CA 92123 Mental Health Benefits: 1-844-483-9013 CMS H5386_801	

Mientras sea miembro de este plan, NO deberá utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía del plan Sharp Direct Advantage, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios en centros para enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados “estudios clínicos”).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se le pierde o se la roban, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 **Directorio de proveedores y farmacias**

El *Directorio de proveedores y farmacias*, en sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy, incluye los proveedores y farmacias que actualmente forman parte de la red.

Los proveedores de la red son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y los costos compartidos de los planes como pago completo.

Las farmacias de la red son aquellas farmacias que han acordado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Consulte el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere utilizar. En la sección 2.5 del capítulo 5, obtendrá información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no forman parte de la red del plan.

Debe ir a proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si consulta a otros proveedores sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son casos de emergencias, servicios de urgencia si la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es posible ni razonable obtener servicios dentro de la red), sesiones de diálisis fuera del área y casos en los que esté autorizado el uso de proveedores fuera de la red conforme a Sharp Direct Advantage Basic (HMO).

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarle una copia (electrónica o en papel) a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si solicita un *Directorio de proveedores y farmacias* en papel, se le enviará por correo en un plazo máximo de 3 días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web,

sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy, o descargarla desde este sitio web. Servicio al Cliente y el sitio web pueden facilitarle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (Formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos o Formulario*). En la lista, se indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan. Los medicamentos de dicha lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en su *Lista de medicamentos*, salvo que hayan sido eliminados y reemplazados tal como se describe en la sección 6 del capítulo 5. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Sharp Direct Advantage Basic (HMO).

Asimismo, en esta lista se informa si existen reglas que restringen la cobertura de algún medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la *Lista de medicamentos*, que incluye información de los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en dicha lista. Si alguno de sus medicamentos no figura en la *Lista de medicamentos*, visite nuestro sitio web o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite sharpmedicareadvantage.com/druglist o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 4.1 para obtener más información.	\$0
Monto de desembolso máximo Este es el monto de desembolso <u>máximo</u> que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (Consulte la sección 1 del capítulo 4 para obtener más información).	\$3,400
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria	\$5 por visita.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

	Sus costos en 2026
Visitas al consultorio del especialista	\$20 por visita.
Hospitalizaciones	Hospitalización Días 1 a 5: \$125 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día. Atención de salud mental con internación (en hospital general) Días 1 a 5: \$125 por día. Días 6 a 90: \$0 por día. Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios. Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 4 del capítulo 6 para obtener más información).	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el capítulo 6 para obtener más información, por ejemplo, sobre el deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica).	Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial: Medicamentos del nivel 1: \$2 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamentos del nivel 2: \$6 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamentos del nivel 3:

	Sus costos en 2026
	\$40 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. Medicamentos del nivel 4: \$90 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamentos del nivel 5: 33 % del costo por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. Medicamentos del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. En este plan, no hay deducible por los medicamentos de la Parte D. Etapas de cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1).
- Prima mensual de Medicare Parte B (sección 4.2).
- Prima del beneficio suplementario opcional (sección 4.3).
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (sección 4.4).
- Monto de ajuste mensual por ingresos (sección 4.5).
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (sección 4.6).

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Sección 4.1 Prima del plan

No se paga una prima mensual por separado para el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).

Si ya recibe asistencia de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas incluida en esta Evidencia de cobertura no le corresponda**. Le enviamos un documento independiente que se llama *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional de Subvención por Bajos Ingresos* o *Cláusula adicional LIS*). En este documento, encontrará información sobre la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para poder seguir siendo miembro del plan, lo que incluye la prima de la Parte B. Es posible que también pague una prima de la Parte A si no es elegible para tener la Parte A sin primas.

Sección 4.3 Prima del beneficio suplementario opcional

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios suplementarios opcionales*, pagará una prima adicional todos los meses por esos beneficios adicionales. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener más información.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de finalizar su período de inscripción inicial, se produce un período de 63 días consecutivos o más en el que usted no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos es la que satisface los estándares mínimos de Medicare porque se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El monto de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO), le informamos el monto de la multa.

No debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en los siguientes casos:

- Participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasa menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.

- Tuvo cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador o sindicato anterior, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Todos los años, su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informará si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Guárdela, ya que podría necesitarla para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** En la carta o aviso, se debe indicar que tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta y que se espera que con ella se pague lo mismo que con el plan estándar de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuentos para medicamentos con receta, las clínicas independientes y los sitios web que ofrecen descuentos en medicamentos no son coberturas acreditables de medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Aquí se muestra cómo funciona:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de haber empezado a ser elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos en los que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si no tuvo cobertura durante 14 meses, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación teniendo en cuenta el año anterior (prima básica nacional para beneficiarios). Para 2025, el monto promedio de la prima era de \$36.78, lo que podría cambiar para 2026.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional para beneficiarios y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de \$36.78, lo que equivale a \$5.14, que se redondea a \$5.10. Este monto se sumará a **la prima mensual del plan para aquellos que tengan una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** dado que la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar todos los años.
- **Continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan con beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65. Una vez cumplidos los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar en Medicare debido a su edad.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

Si está en desacuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En general, debe solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta donde se le indica que debe pagar la multa por inscripción tardía. Sin embargo, si antes de inscribirse en nuestro plan estaba pagando una multa, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre dicha multa. Si lo hace, podrían darlo de baja por no pagar las primas del plan.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual por ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como “monto de ajuste mensual por ingresos” (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula con sus ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto supera determinado monto, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle de cuánto será dicho monto. Este monto adicional se descontará del cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo usted suele pagar la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. En ese caso, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagarle el IRMAA adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se lo dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar el IRMAA adicional, puede solicitar en el Seguro Social que revisen la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, todos los meses pagará la prima del plan (si corresponde) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos para los medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). La factura mensual se basa en el monto que debe por cualquier medicamento con receta que haya comprado, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En la sección 7 del capítulo 2, se brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir las instrucciones del capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

La cobertura que recibe se brinda mediante un contrato con su empleador, sindicato o fondo fiduciario anteriores. A la mayoría de los miembros, el administrador de beneficios del plan les brindará información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D. Si Sharp Health Plan le factura a usted directamente el monto de la multa, le enviaremos por correo una factura mensual que incluya dicho monto.

Existen dos modos en los que puede pagar la multa. Cuando completó nuestro formulario de inscripción, usted seleccionó una opción de pago de primas. Puede cambiar su elección en cualquier momento llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Opción 1: pagar con cheque

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina a más tardar el primer día de cada mes. Su cheque o giro postal debe enviarse a nombre de Sharp Health Plan. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Envíe el cheque a nombre de Sharp Health Plan a la dirección que aparece a continuación (no a Medicare ni a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Tenga en cuenta que se le cobrará un cargo de \$25.00 por los cheques devueltos.

Envíe el pago a la siguiente dirección:

Sharp Health Plan
P.O. Box 740443
Los Angeles, CA 90074-0443

También puede elegir que le debitemos los pagos de la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cuenta corriente. Complete y envíe el formulario *Autorización previa del banco para retirar dinero* del plan junto con un cheque ANULADO a la dirección que aparece a continuación. Para obtener este formulario, llame a Servicio al Cliente, al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual.

Envíe el cheque anulado por correo a la siguiente dirección:

Sharp Health Plan
Medicare Department
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123

Opción 2: pagar con tarjeta de crédito

Para pagar por única vez con tarjeta de crédito o elegir que le debitemos los pagos mensuales de su tarjeta de crédito, visite nuestro sitio web www.sharpmedicareadvantage.com/payment.

Capítulo 1. Comenzar como miembro

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

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina a más tardar el primer día de cada mes. Si adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para que le indiquemos si hay programas que lo ayuden a cubrir los costos.

Sección 5.2 La prima mensual del plan no cambiará durante el año

No estamos autorizados a cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigor el 1.º de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que se le permita dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que necesite comenzar a pagar una. Esto puede suceder si usted pasa a ser elegible para el programa Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año.

- Si actualmente está pagando la multa por inscripción tardía de la Parte D y comienza a ser elegible para el programa Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la elegibilidad para el programa Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si llega a estar sin cobertura acreditable de medicamentos con receta o de la Parte D durante 63 días consecutivos o más.

Obtenga más información sobre el programa Ayuda Adicional en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía en el plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. En este registro también se detalla la cobertura específica del plan, incluido el proveedor de atención primaria o el grupo médico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costo compartido**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja doméstica, seguro del trabajador o Medicaid).

- Reclamos por seguros de responsabilidad civil, por ejemplo, por accidentes automovilísticos.
- Si ha ingresado en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si designó a otra persona como parte responsable (por ejemplo, su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, infórmenos llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro en relación con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre otras coberturas médicas o de medicamentos que tenga para que podamos coordinarlas con sus beneficios del plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de todas las coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea esta información detalladamente. Si es correcta, no tendrá que hacer nada. Si no lo es, o cuenta con otra cobertura que no figure en la carta, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Es posible que deba darles su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (después de confirmar la identidad de estas) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud de grupo a través de un empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“el pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“pagador secundario”) solo paga si existe algún costo que no esté cubierto por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos que no cubra el pagador primario. Si tiene otro seguro, comuníquese a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas reglas se aplican en el caso de la cobertura de un plan de salud de grupo de un empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, el plan que paga primero se determinará sobre la base de su edad, la

Capítulo 1. Comenzar como miembro

cantidad de empleados de su empleador y si tiene Medicare por motivos de edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal:

- Si es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad y usted o algún miembro de su familia continúan trabajando, se paga primero con su plan de salud de grupo si el empleador tiene 100 empleados o más, o si por lo menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica continúan trabajando, se paga primero con su plan de salud de grupo si el empleador tiene 20 empleados o más, o si por lo menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si cuenta con Medicare por padecer enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses una vez que pasa a ser elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada una de estas clases de cobertura:

- Seguro sin culpabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por la enfermedad del pulmón negro.
- Seguro del trabajador.

En ningún caso, Medicaid y TRICARE pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud de grupo de empleadores o Medigap hayan pagado lo que les corresponde.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre las tarjetas de identificación de miembro, envíe un correo postal o llame a Servicio al Cliente de Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Lo ayudaremos con gusto.

Servicio al Cliente: información de contacto	
Teléfono	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente (1-855-562-8853; los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-619-740-8571
Correo postal	Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
Sitio web	www.sharpmedicareadvantage.com

Cómo pedir una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto	
Teléfono	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2426
Correo postal	Sharp Health Plan Attn: Health Services 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450

Cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el capítulo 9.

Apelaciones relacionadas con la atención médica: información de contacto	
Teléfono	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2256
Correo postal	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
Sitio web	www.sharpmedicareadvantage.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas relacionadas con pagos o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
Teléfono	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2256
Correo postal	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Teléfono	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Correo postal	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
Sitio web	www.sharpmedicareadvantage.com

Cómo solicitar una apelación relacionada con sus medicamentos de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación relacionada con sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Teléfono	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Correo postal	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark Appeals P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
Sitio web	www.sharpmedicareadvantage.com

Cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas relacionadas con pagos o cobertura. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Quejas sobre medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Teléfono	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2256
Correo postal	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que haya recibido

Si recibió una factura o pagó servicios (por ejemplo, una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el capítulo 7.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de esta, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Pedidos de pago: información de contacto	
Correo postal	<u>Para atención médica:</u> Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450 <u>Por medicamentos con receta de Medicare Parte D:</u> Attn: Medicare Part D Paper Claim - CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Sitio web	www.sharpmedicareadvantage.com

SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidad y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal a cargo de Medicare. Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Medicare: información de contacto	
TTY/TDD	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en directo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo postal	Para comunicarse con Medicare, escriba a P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos los precios y los servicios que se brindan. • Busque médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención de salud. • Obtenga información sobre qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de bienestar). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de atención que brindan los planes, los asilos de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros para enfermos terminales, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Encuentre sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga relacionada con nuestro plan. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare analiza las quejas seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y ofrece ayuda, información y respuestas a

las preguntas sobre Medicare de forma gratuita. En California, el SHIP se conoce como Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California.

El HICAP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Además, pueden ayudarlo con sus problemas o preguntas sobre Medicare y a entender las opciones que ofrecen sus planes, y también responder preguntas relacionadas con cambios de plan.

Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California: información de contacto	
Teléfono	1-858-565-1392
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Elder Law and Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
Sitio web	www.elaca.org/medicare-health-insurance-support/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada brinda servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En California, esta organización se llama Livanta, LLC.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido. Entre los ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención se incluye recibir medicamentos incorrectos, que le realicen pruebas o procedimientos innecesarios o le brinden un diagnóstico equivocado.
- Si le parece que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Si le parece que la cobertura de atención de salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California): información de contacto	
Teléfono	1-877-588-1123 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., y los fines de semana, de 7:30 a. m. a 4:00 p. m.
TTY/TDD	1-855-887-6668 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y se encarga de las inscripciones para Medicare. También son responsables de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D si los ingresos son más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que le informan que debe pagar un monto extra y usted tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a algún suceso que le cambió la vida, puede llamarlos y pedir que lo reconsideren.

Si se muda o cambia su dirección de correo postal, comuníquese con el Seguro Social para hacérselos saber.

Seguro Social: información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener acceso a información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY/TDD	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal

Medi-Cal es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medi-Cal. Medi-Cal ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con el programa QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medi-Cal (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medi-Cal (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Calificados Discapacitados y Empleados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medi-Cal y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal (programa Medicaid de California): información de contacto	
Teléfono	1-800-541-5555 El servicio automático está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para hablar con un agente, llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Medi-Cal Eligibility P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
Sitio web	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos. Si reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos del plan de medicamentos de Medicare. Este programa también cuenta para calcular sus costos de desembolso.

Si reúne los requisitos para participar en el programa Ayuda Adicional automáticamente, Medicare le enviará una carta púrpura para hacérselo saber. Si no reúne los requisitos para participar automáticamente, puede solicitar el programa en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para participar en el programa, puede hacer lo siguiente:

- Visitar <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para solicitar el programa en línea.
- Llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos

Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud del Programa de Ahorros de Medicare, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si reúne los requisitos para Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto equivocado por sus medicamentos con receta en la farmacia, el plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener una constancia del monto correcto de copago. Si ya tiene una constancia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente para solicitar ayuda para obtener la mejor constancia disponible (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Cuando recibamos la constancia del nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago adecuado al comprar sus próximos medicamentos con receta. Si paga más que el monto de copago que corresponde, le devolveremos el dinero, ya sea por cheque o mediante un crédito de copago futuro. Si no ha pagado el copago y este figura como una deuda que usted tiene con la farmacia, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si algún estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente a dicho estado. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué sucede si participa en el programa Ayuda Adicional y tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda las personas con VIH o sida a acceder a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están en el *Formulario* del ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda para pagar el costo compartido de los medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de California.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluida la presentación de pruebas que acrediten residencia en el estado, infección por VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y falta de seguro o seguro insuficiente. Si cambia de plan, infórmelo al empleado encargado de la inscripción en su ADAP local para poder seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) de California.

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de desembolso por los medicamentos que cubre nuestro plan, ya que los distribuye a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Esta opción de pago está disponible para quienes tienen un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud con cobertura de medicamentos de

Medicare (por ejemplo, un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar los gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de los medicamentos. Si usa el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y conserva su plan de la Parte D, su participación en el plan de pago se renovará automáticamente para el año 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente (1-855-562-8853; los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Correo postal	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	www.caremark.com/mppp

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y para sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, infórmeles si se muda o cambia de dirección de correo postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB): información de contacto	
Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m.; y los miércoles, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluso durante los fines de semana y los feriados.
TTY/TDD	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador

La cobertura de Sharp Health Plan se brinda mediante un contrato con un empleador, sindicato o fondo fiduciario anteriores. Usted (o su cónyuge o pareja doméstica) también puede obtener cobertura médica de otro plan de grupo del empleador o de jubilación. Puede comunicarse con el administrador de los beneficios que ofrece el empleador, el sindicato o el fondo fiduciario para averiguar sobre la coordinación de coberturas. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de un grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese **con el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a entender cómo funcionará la cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro del plan**

En este capítulo se detalla la información que necesita saber respecto de cómo utilizar el plan para recibir la cobertura de atención médica. Para obtener más información sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4.

Sección 1.1 **Proveedores de la red y servicios cubiertos**

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención de salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y el monto de sus costos compartidos como pago completo. Hemos acordado que estos proveedores les brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga únicamente su parte del costo de los servicios que recibe.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios, suministros y equipos de atención de salud y los medicamentos con receta que están cubiertos en nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se detallan en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos con receta se mencionan en el capítulo 5.

Sección 1.2 **Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta a través del plan**

Como Sharp Direct Advantage Basic (HMO) es un plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir con todas sus reglas de cobertura.

En general, nuestro plan cubrirá su atención médica, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- **La atención que recibe se detalla en el cuadro de beneficios médicos del plan** en el capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la sección 2.1).
 - La mayoría de las veces, debe recibir la aprobación por anticipado de su PCP (una remisión) antes de consultar a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud en el hogar. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP, consulte la sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan). Esto quiere decir que tiene que pagar al proveedor por la totalidad de los servicios que reciba. Existen tres excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información, y conocer cuáles son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la sección 3.
 - Si necesita atención médica cuya cobertura es obligatoria para nuestro plan conforme a Medicare, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Antes de recibir dicha atención, deberá obtener autorización previa para los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de parte de un proveedor de la red. Para acceder a información sobre cómo obtener la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, consulte la sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis con certificación de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le brinda este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él en ese momento. El costo compartido que usted le paga al plan por los servicios de diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor que no pertenece a 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 de servicios de diálisis dentro de la red no está disponible en ese momento y usted elige recibir servicios de un proveedor fuera de la red del plan dentro del área de servicio, el costo compartido de la diálisis podría ser más alto.

SECCIÓN 2 Reciba atención médica de los proveedores de la red del plan

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Como miembro de nuestro plan, debe seleccionar un proveedor de la red del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan para que sea su PCP. Este es un médico especializado en medicina general, familiar o interna. Su relación con el PCP es importante. Este profesional se encarga de sus necesidades de atención de salud de rutina y de coordinar todos los servicios cubiertos que usted recibe. En la mayoría de los casos, para consultar a un especialista, primero debe obtener la aprobación del PCP (esto se denomina “remisión”).

¿Cómo elegir un PCP?

Cuando se inscribió en nuestro plan, se le solicitó que eligiera un PCP del *Directorio de proveedores y farmacias*. Si no lo ha hecho, se le asignará uno. Para elegir un PCP, puede llamar a Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711), o puede ingresar en nuestro sitio web sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy. Una vez que haya elegido su PCP, recibirá una carta de confirmación. Como el acceso a especialistas y hospitales de la red se basa en la selección del PCP, si hay hospitales o médicos específicos, u otros proveedores, que desee utilizar, asegúrese de averiguar, durante el proceso de selección, si el PCP realiza remisiones a dichos proveedores.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba elegir un nuevo PCP. Cuando elija un nuevo PCP, es importante que recuerde que esto puede limitar su acceso a la red de especialistas que tienen contrato con el grupo médico de su PCP. Su PCP elegirá un especialista de la red a quien lo remitirá según las prácticas de remisión y afiliación hospitalaria del profesional.

Para ver o cambiar su PCP, puede ingresar en el portal de Sharp Health Plan en www.sharphealthplan.com/members/patient-portals o llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios de TTY deben llamar al 711). También puede enviar un correo electrónico a Servicio al Cliente a customer.service@sharp.com para cambiar de PCP. En Servicio al Cliente verificarán si el PCP que usted desea acepta nuevos pacientes. Además, modificarán su registro de membresía para que muestre el nombre del nuevo PCP y le indicarán cuándo entrará en vigor el cambio. La fecha de entrada en vigor suele ser el primer día del mes siguiente. Si su PCP se va de nuestro plan, se lo informaremos de inmediato y lo ayudaremos a elegir otro. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro con los datos del nuevo PCP cada vez que haya un cambio.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin remisión del PCP

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención de salud de rutina para la mujer, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia obtenidos de proveedores dentro y fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que brindan atención médica inmediata (pero no de emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si, dado el tiempo, el lugar o las circunstancias, no es razonable obtenerlos de proveedores de la red. Entre los servicios de urgencia se encuentran aquellos que se brindan para tratar una lesión o una enfermedad inesperadas, o un episodio imprevisto de alguna afección existente. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención de salud para tratar una parte del cuerpo o una enfermedad específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: atienden pacientes con cáncer.
- Cardiólogos: atienden pacientes con enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas: atienden pacientes con ciertas afecciones en los huesos, en las articulaciones o en los músculos.

Si su PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, lo remitirá a un especialista de la red o a otros proveedores. Si no obtiene la remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios.

Cuando selecciona un PCP, es importante que recuerde que esto puede limitarlo a la red de especialistas que tienen contrato con el grupo médico de su PCP. Su PCP elegirá un especialista de la red a quien lo remitirá según las prácticas de remisión y afiliación hospitalaria del

profesional. La presencia de un especialista de la red específico en el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan no significa que su PCP pueda remitirlo a ese proveedor.

Si el especialista desea volverlo a ver para continuar la atención o hacerle exámenes después de la primera visita, revise primero si la remisión que obtuvo del PCP para la primera visita cubre más visitas o exámenes indicados por el especialista.

Para algunos tipos de servicio, es posible que su PCP o su especialista necesiten obtener aprobación del plan por anticipado (esto se conoce como “autorización previa”). Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para saber qué servicios requieren autorización previa del plan.

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. El acceso a los especialistas y los hospitales de la red depende del médico de atención primaria (PCP) que elija. Las únicas excepciones son casos de emergencias, atención de urgencia si la red no está disponible (generalmente, si se encuentra fuera del área de servicio), sesiones de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si necesita que lo atiendan fuera de nuestro horario de atención o durante los fines de semana, su médico o un médico de turno están disponibles las 24 horas del día, todos los días.

Si un especialista u otro proveedor de la red dejan el plan

A lo largo del año, podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan. Si un médico o un especialista deja el plan, usted tiene estos derechos y estas protecciones:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja el plan, se lo notificaremos si usted se atendió con dicho proveedor en los últimos 3 años.
 - Si otro de sus proveedores deja el plan, se lo notificaremos si le habían asignado ese proveedor, si actualmente recibe atención de este o asistió a una visita en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar con la atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que estos servicios continúen siempre que sean médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le brindaremos información acerca de los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.

- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos necesarios para que reciba cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido dentro de la red. Se necesitará autorización previa para obtener el servicio.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le brindamos un proveedor calificado para reemplazar al proveedor anterior o que su atención no se administra como corresponde, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una reclamación sobre la calidad de la atención al plan o ambas (consulte el capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red del plan). Existen algunas excepciones en las que se cubre la atención de un proveedor fuera de la red (consulte la sección 1). Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red para obtener servicios dentales de rutina si se inscribe en el plan Delta Dental Medicare Advantage PPO. Consulte la sección “Beneficios suplementarios opcionales” en el capítulo 4 para obtener más información.

Si necesita recibir servicios cubiertos por Medicare, pero los proveedores de nuestra red no pueden brindárselos, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa. Puede comunicarse con su PCP o con el médico responsable de solicitar la autorización de su grupo médico o del plan. Si se aprueba la autorización previa, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de parte de un proveedor de la red. También tiene derecho a recibir atención de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios de urgencia fuera del área. Además, debemos cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal que se encuentran fuera del área de servicio y no pueden acceder a proveedores contratados que traten esa enfermedad. Si tiene preguntas o debe solicitar un proveedor fuera de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, durante una catástrofe o si necesita atención de urgencia

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Se consideran **emergencias médicas** aquellas ocasiones en las que usted, o cualquier persona común y prudente con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, en el caso de mujeres embarazadas, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de su función, o bien la pérdida de una función corporal o un deterioro grave en ella. Los síntomas

médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener asistencia o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame una ambulancia si la necesita. No se requiere aprobación o remisión previa de su PCP. No necesita consultar a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento y en cualquier lugar, tanto en los Estados Unidos y sus territorios como en el resto del mundo. Además, puede obtenerla de cualquier proveedor que cuente con una licencia del estado correspondiente aunque no forme parte de nuestra red.
- **Asegúrese, cuanto antes, de que nuestro plan esté al tanto de la emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Por lo tanto, usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Servicio al Cliente está disponible de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. El número de teléfono de Servicio al Cliente figura en la contraportada de este manual y en su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en aquellos casos en los que trasladarse a la sala de emergencias de cualquier otra manera pueda poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Una vez finalizada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúa estable. Los médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros para planificar la atención adicional. Nuestro plan cubrirá dicha atención.

Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar que proveedores de la red continúen brindándole atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que acuda a un proveedor para recibir atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y que el médico le diga que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si no se trató de una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, le brindaremos cobertura para esa atención.

Sin embargo, después de que el médico determine que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- Recibe atención adicional considerada servicios de urgencia, y cumple con las reglas detalladas a continuación para recibir esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no de emergencia) es un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si, dado el tiempo, el lugar o las circunstancias, no es razonable obtenerlo de proveedores de la red. Entre los servicios de urgencia se encuentran aquellos que se brindan para tratar una lesión o una enfermedad inesperadas, o un episodio imprevisto de alguna afección existente. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como los chequeos anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

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

Puede consultar con personal de enfermería durante la noche y los fines de semana a través de la línea de asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención. Tiene a disposición enfermeros registrados a través de Sharp Nurse Connection® tanto fuera del horario de atención como los fines de semana. Pueden conversar con usted sobre alguna enfermedad o lesión, ayudarlo a decidir cuándo y dónde buscar atención y brindarle asesoramiento sobre cualquier inquietud de salud. Para comunicarse con nuestra línea de asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

En ciertas circunstancias, el plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia internacionales fuera de los Estados Unidos.

El transporte y la atención de emergencia internacionales están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. La atención que recibe se detalla en el capítulo 4, “Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)”. Para obtener más información, consulte la sección 1.2 de este capítulo.

Sección 3.3 Obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, igualmente tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite www.sharpmedicareadvantage.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante una catástrofe, el plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al mismo costo compartido que paga dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda adquirir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si paga más que el monto de costo compartido del plan por servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer en este caso.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos a través de nuestro plan, debe pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indican en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por el plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de todos los servicios que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los gastos realizados después de haber alcanzado el límite de beneficio no se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en el marco de un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Determinados estudios de investigación clínica tienen la aprobación de Medicare. Por lo general, para los estudios de investigación clínica que tienen aprobación de Medicare se solicita la participación de voluntarios. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio que Medicare ha aprobado, Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un estudio clínico calificado, solo le corresponderá pagar el costo compartido dentro de la red por los servicios brindados en dicho estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Tendrá que presentar documentación que nos indique cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica que Medicare aprobó, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a beneficios cubiertos que deban brindarse en el marco de un estudio clínico o de un registro destinado a evaluar el beneficio, lo que incluye ciertos beneficios que

requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios con exenciones para dispositivos en fase de investigación (IDE). Estos beneficios pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Aunque no necesita obtener autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación si elige participar en estudios clínicos con calificación de Medicare.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para informar que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo que pagará el plan.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios brindados en el marco un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comida para la estadía en el hospital que Medicare pagaría, incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte de un estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro del plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba como parte del estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, tendrá que presentar documentación que indique el monto de costo compartido que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un estudio clínico: imaginemos que se debe realizar un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Según Original Medicare, la parte del costo de este análisis que le corresponde pagar a usted equivale a \$20, pero sería solamente \$10 según nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis, y usted pagaría el copago de \$20 de conformidad con Original Medicare. Tendría que notificarle a nuestro plan que recibió un servicio en el marco de un estudio clínico calificado y enviarle la documentación pertinente (como una factura del proveedor). Luego, el plan le pagaría \$10 directamente a usted. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará el artículo o servicio nuevo que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso si usted no fuera parte de un estudio.
- Artículos y servicios ofrecidos solo para recopilar datos y que no se utilizan directamente para su atención de salud. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica requiriera normalmente una sola tomografía.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación suelen brindar sin cargo a las personas inscritas en el estudio.

Más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, disponible en: www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de atención de salud

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que brinda atención para una enfermedad que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa no médica de atención de salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios de internación de la Parte A (servicios no médicos de atención de salud).

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

Para recibir atención de salud en este tipo de instituciones, debe firmar un documento legal en el que se estipule que usted se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- **Los tipos de atención o tratamiento médicos que se denominan no exceptuados** son aquellos por los que se opta de manera *voluntaria* y que *no se consideran obligatorios* de conformidad con la ley federal, estatal o local.
- **Los tipos de atención o tratamiento médicos que se denominan exceptuados** son aquellos por los que *no* se opta de manera voluntaria o que *se consideran obligatorios* de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba en una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos de la atención que *no sean religiosos*.
- Si obtiene servicios de esta institución y los recibe en un centro médico, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención de hospitalización o de atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que se lo ingrese en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.

Tiene cobertura durante una cantidad ilimitada de días de hospitalización, siempre y cuando su estadía cumpla con las reglas de cobertura establecidas por Medicare. Consulte el cuadro de beneficios médicos que se incluye en el capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para adquirir la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será el propietario del equipo médico duradero hasta que haya realizado una determinada cantidad de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias para que los miembros utilicen en el hogar, según indicación de un proveedor. El miembro siempre es el propietario de determinados artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME pasan a ser propietarias de estos después de pagar los copagos correspondientes durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME que alquile, independientemente de la cantidad de copagos que haya pagado por el artículo durante su membresía en el plan.** No adquirirá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de conformidad con Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. Solo en algunas circunstancias determinadas, le transferiremos a usted la propiedad del DME. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras era miembro de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder adquirirlo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en el plan no se tendrán en cuenta para estos 13 pagos.

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 en el plan antes de obtener la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estuvo inscrito en el plan. Luego, vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poder obtener la propiedad del artículo cuando vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos que ya haya realizado (en nuestro plan o en Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para los equipos y suministros de oxígeno y su mantenimiento

Si reúne los requisitos para obtener cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, se cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno.
- El suministro de oxígeno y del contenido de oxígeno.
- Los tubos y los accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y del contenido de oxígeno.
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno.

Si abandona nuestro plan o el equipo de oxígeno deja de ser médicamente necesario para usted, deberá devolverlo.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y vuelve a ser miembro de Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le brinda el equipo y el servicio de mantenimiento (a usted todavía le corresponde pagar el copago por el oxígeno). Luego de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si permanece con la misma compañía o se cambia a otra, y se requiere que vuelva a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso para los servicios cubiertos

El cuadro de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos e indica cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro del plan. Esta sección también le brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Costos de desembolso que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Copago:** el monto fijo que debe pagar cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al recibir el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos, encontrará más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje del costo total que paga para ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al recibir el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si se encuentra en uno de estos programas, asegúrese de mostrar la prueba de admisión para Medicaid o de elegibilidad para el programa QMB a su proveedor.

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

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto de desembolso total que usted debe pagar cada año por los servicios médicos de la red con cobertura de Medicare Parte A y de Medicare Parte B. Este límite se denomina monto de “desembolso máximo” (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, este monto es de \$3,400.**

Los montos que debe pagar por los copagos y el coseguro correspondientes a los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo. Si alcanza el monto de desembolso máximo de \$3,400, no deberá pagar ningún costo de desembolso por los servicios de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B

para lo que resta del año. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que la pague Medi-Cal o un tercero por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de nuestro plan, usted cuenta con una protección importante, ya que solo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Los proveedores no pueden facturarle por cargos independientes adicionales, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por el servicio, incluso en caso de que surja una controversia y no le paguemos ciertos cargos.

A continuación explicamos cómo funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), deberá pagar solamente ese monto por cualquier servicio cubierto brindado por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde a usted depende del tipo de proveedor que le brinde el servicio:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo determina el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (El plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones; por ejemplo, cuando usted obtiene una remisión o en casos de emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (El plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones; por ejemplo, cuando usted obtiene una remisión o recibe servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

El cuadro de beneficios médicos que se incluye en las páginas siguientes muestra los servicios que cubre Sharp Direct Advantage Basic (HMO) y el monto de desembolso que usted paga por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se incluye en el capítulo 5). Los servicios que

se enumeran en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumple con lo siguiente:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser brindados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención, el equipo, los servicios y los suministros médicos, y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para personas recién inscritas, el plan de atención coordinada Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede exigir autorización previa de un tratamiento en curso, incluso si el tratamiento se relacionaba con un servicio que había comenzado con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe la atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubre la atención que recibe de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de urgencia o de emergencia, o que haya obtenido una remisión de parte del plan o de un proveedor de la red. Esto significa que usted le paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. La mayoría de las veces, debe recibir la aprobación de su PCP por anticipado antes de consultar a otros proveedores de la red del plan.
- Algunos de los servicios enumerados en este cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por anticipado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en el cuadro de beneficios médicos con un comentario en cursiva.
- Si su plan de atención coordinada aprueba la solicitud de autorización previa de un tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura correspondientes, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor tratante.
- También es posible que le cobremos cargos administrativos por faltar a citas o por no pagar el costo compartido requerido en el momento de prestarse el servicio. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre la cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan cubre todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted pagará *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted pagará *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y usted 2026*. Véalo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048).
- Nosotros también cubrimos sin costo los servicios preventivos que Original Medicare cubre de manera gratuita. Sin embargo, si también recibe un tratamiento o se le hace un control por una afección médica existente durante la visita en la que recibe un servicio preventivo, deberá pagar un copago por dicha atención.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún nuevo servicio durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.



Esta manzana indica servicios preventivos en el cuadro de beneficios médicos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen para detectar aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección con ultrasonido por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, un asistente médico, un enfermero profesional o un enfermero clínico especialista. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles a los miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en los siguientes casos: Para este beneficio, dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dolor que persiste durante 12 semanas o más. • Dolor inespecífico que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • Dolor que no está asociado a una cirugía. • Dolor que no está asociado al embarazo. Para los pacientes que presenten una mejoría, se cubrirán 8 sesiones adicionales. No se podrán realizar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se deberá interrumpir el tratamiento si el paciente empeora o no mejora. Requisitos para proveedores: Los médicos (según se definen en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley)) pueden brindar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos, los enfermeros profesionales o los especialistas en enfermería clínica (según se definen en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden	Copago de \$10 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
brindar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y tienen lo siguiente: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. Según las regulaciones en el Código de Regulaciones Federales (CFR), título 42, artículos 410.26 y 410.27, un médico, un asistente médico o un enfermero profesional o especialista en enfermería clínica debe supervisar de manera apropiada al personal auxiliar que brinda servicios de acupuntura. <i>Se puede requerir una autorización previa de nuestro plan o de American Specialty Health Plans (ASH Plans).</i> <i>Los servicios pueden estar sujetos a la verificación de necesidad médica. El acupunturista de American Specialty Health Plans (ASH Plans) se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i> American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, sea el caso de una situación de emergencia o no, incluyen el traslado en aeronaves de ala fija o ala giratoria y servicios de ambulancias terrestres hacia el centro adecuado más cercano donde se pueda brindar atención, si otro medio de transporte podría poner en peligro su salud debido a la naturaleza de su afección médica o bien si está autorizado en el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, deberá documentarse que el traslado en ambulancia es médicamente necesario, ya que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud del miembro debido a la naturaleza de su afección.	Copago de \$200 por viaje de un solo trayecto con cobertura de Medicare. Copago de \$200 por viaje de un solo trayecto para servicios internacionales de transporte de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i>	
 Visita anual de bienestar Si ha recibido cobertura de la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado, a partir de su estado de salud y sus factores de riesgo actuales. Esto tiene cobertura 1 vez cada 12 meses. Nota: No puede realizar su primera visita anual de bienestar dentro de los 12 meses de haber asistido a la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado esta visita preventiva para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas si ha estado cubierto por la Parte B durante 12 meses.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para la visita anual de bienestar.
 Medición de masa ósea Las personas que reúnen las condiciones (por lo general, incluye a las personas que están en riesgo de perder densidad ósea o de padecer osteoporosis) tienen cobertura para los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia cuando sean médicamente necesarios: procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación que hace un médico de los resultados. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las pruebas de densidad ósea cubiertas por Medicare.
 Examen para detectar cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Exámenes clínicos de senos 1 vez cada 24 meses. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las mamografías cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertos requisitos y tienen remisión de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$20 por cada visita a un especialista.
 Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia en casos de enfermedad cardiovascular) Cubrimos 1 visita por año con su PCP para reducir su riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. En esta visita, el médico puede hablar sobre el posible uso de aspirinas (si fuera apropiado), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente de forma saludable. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el beneficio preventivo para enfermedad cardiovascular.
 Exámenes para detectar enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para detectar enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses). <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el examen de enfermedad cardiovascular, cubierto una vez cada 5 años.
 Exámenes para detectar cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Si usted presenta un alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal, o está en edad fértil y ha obtenido un resultado anormal en su prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Servicios quiroprácticos (con cobertura de Medicare) Sin límites en la cantidad de visitas por año de beneficios para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. <i>Se puede requerir una remisión de su PCP y una autorización previa del plan o de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).</i> American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de \$10 por cada visita al consultorio.
Servicios quiroprácticos (suplementarios) Hasta 30 visitas por año de beneficios para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos y afecciones relacionadas, y dolor. • <i>Los servicios están autorizados y son proporcionados por un quiropráctico participante de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).</i> • <i>Los servicios están sujetos a la verificación de necesidad médica. El quiropráctico de ASH Plans se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.</i> American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de \$10 por cada visita al consultorio. El monto que usted paga por estos servicios no se tiene en cuenta para alcanzar el monto de desembolso máximo.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	Copago de \$20 por cada visita a un especialista. El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales que se

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	proporcionen durante el tratamiento.
 Examen para detectar cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: • La colonoscopia no tiene ninguna limitación de mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de un examen de colonoscopia previo. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más sin alto riesgo de cáncer colorrectal, que está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó el último examen de colonografía por tomografía computarizada o cuando hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó el último examen de sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se les cubrirá un examen de colonografía por tomografía computarizada si han transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó el último examen de colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes a partir de los 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de haberse realizado un examen de colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes a partir de los 45 años. Una vez cada 12 meses. • Pruebas multiobjetivo de ADN en materia fecal para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los exámenes para detectar cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico. No hay coseguro, copago ni deducible para los enemas de bario con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes para detectar cáncer colorrectal incluyen un examen de colonoscopia de seguimiento después de que un examen no invasivo para detectar cáncer colorrectal en materia fecal con cobertura de Medicare arroje un resultado positivo. • Los exámenes para detectar cáncer colorrectal incluyen un examen de sigmoidoscopia flexible o de colonoscopia planificado que implica la extracción de tejido u otra materia, o cualquier otro procedimiento realizado en relación con el examen de detección o como resultado de este y en el mismo acto clínico que el examen de detección. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no tienen cobertura de Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de situaciones, en particular, cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria de la persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentarias realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia en casos de cáncer que afecta la mandíbula, o los exámenes orales anteriores a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: Con el plan se cubren servicios dentales adicionales que no tienen cobertura con Original Medicare. Consulte la sección 2.2 del capítulo 4 para obtener información sobre la cobertura dental suplementaria disponible por una prima mensual adicional. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$20 por visita al consultorio para beneficios con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen para detectar depresión Cubrimos un examen para detectar depresión por año. El examen se debe llevar a cabo en un entorno de atención primaria en el que puedan brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para la visita anual para detectar depresión.
 Examen para detectar diabetes Cubrimos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta 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 alto de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también cubramos estos exámenes si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o presentar antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para realizarse hasta 2 exámenes para detectar diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen más reciente de detección de diabetes. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los exámenes para detectar diabetes con cobertura de Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que padecen la enfermedad (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Suministros para monitorear el nivel de glucosa en sangre: monitor de glucosa, tiras reactivas, lancetas y dispositivos de lancetas, y soluciones para verificar la precisión de los monitores y de las tiras reactivas al controlar la glucosa. • Para personas con diabetes que tengan enfermedad del pie diabético grave: 1 par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas para estos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas o 1 par de zapatos con horma profunda y 3 pares de plantillas (no se incluyen las plantillas removibles no hechas a medida para	Usted paga un copago de \$0 por los suministros para el control de la diabetes. Usted paga un coseguro del 20 % por las plantillas o los zapatos terapéuticos. No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste de zapatos u hormas. La cobertura de la capacitación para el autocontrol de la diabetes está sujeta a ciertas condiciones. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan para obtener zapatos terapéuticos y servicios y suministros para diabéticos.</i> <i>Se puede requerir la remisión de su proveedor de la red y la autorización previa del plan para la capacitación sobre el autocontrol de la diabetes.</i>	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 12 y el capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital pedidas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario que tiene cobertura de Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante específicos, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>	Coseguro del 20 %. El costo compartido de la cobertura de Medicare para equipos de oxígeno es un coseguro del 20 % cada mes. Después de 36 meses, el proveedor deberá continuar brindando el equipo de oxígeno y los suministros relacionados durante 24 meses adicionales, hasta un total de 5 años, siempre y cuando usted tenga la necesidad médica de recibir oxígeno. Si sigue habiendo necesidad médica luego de los 5 años, el proveedor no tendrá la obligación de seguir suministrándole el oxígeno ni el equipo de oxígeno, y usted podrá optar por obtener otro equipo de cualquier proveedor. Al finalizar el período de 5 años, comienza un nuevo período de pago de 36 meses y de obligación del proveedor de 5 años. Si usted ya había cumplido con los 36 meses de pagos por el alquiler del equipo de oxígeno, antes de inscribirse en nuestro

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	plan, su costo compartido es un coseguro del 20 %.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a servicios que tienen estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia. Las emergencias médicas son aquellas ocasiones en las que usted o una persona común y prudente con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida de una extremidad o de la función de un miembro del cuerpo. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte o una afección que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que usted recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La cobertura de emergencia se brinda a nivel internacional.	Copago de \$50 por visita a una sala de emergencias. (Eximido si es internado por la misma afección dentro de las 24 horas). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita seguir internado después de estabilizar su afección de emergencia, debe hacerlo en un hospital de la red para seguir teniendo cobertura O en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan. En ese caso, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. La atención de emergencia internacional no tiene límite de cobertura.
 Programa de educación sobre salud y bienestar Programa de Ejercicios y Envejecimiento Saludable de Silver&Fit® Como miembro de Silver&Fit, usted tiene las siguientes opciones a su disposición sin costo alguno: • Membrecía para el gimnasio: puede asistir a gimnasios o centros YMCA participantes cerca de su hogar que estén dentro del programa*. Es posible que muchos gimnasios participantes también ofrezcan clases de bajo impacto focalizadas en mejorar y aumentar la fortaleza y la resistencia musculares, la movilidad, la flexibilidad, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el programa Silver&Fit. El acceso a los gimnasios incluye los servicios de los centros de acondicionamiento físico estándares. No se incluye ninguno de los servicios que habitualmente requieren una tarifa adicional. El monto que usted paga por estos servicios no se tiene en cuenta para alcanzar el monto de desembolso máximo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Kits para hacer ejercicio en el hogar: usted es elegible para recibir un kit para hacer ejercicio en el hogar por año de beneficios. Los ejercicios son de diversas categorías. • Club de bienestar: al establecer sus preferencias sobre temas de bienestar en el sitio web, verá recursos adaptados a sus intereses y objetivos para un envejecimiento saludable, que incluyen artículos, videos, clases virtuales y eventos en vivo, y grupos sociales**. • Planes de entrenamiento: al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de entrenamiento sugerido. • Entrenamiento digital: puede ver videos a demanda a través de la biblioteca de entrenamiento digital del sitio web, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series Classes®. • Silver&Fit Connected!™: la herramienta Silver&Fit Connected! puede ayudarlo a llevar un registro de su actividad***. Para inscribirse o para obtener más información, visite www.silverandfit.com o llame a Silver&Fit al 1-877-427-4788 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. * Los servicios de membresía no estándar que requieren una tarifa adicional no son parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados. ** American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) no tiene afiliaciones, intereses, adhesiones ni patrocinios con ninguna organización ni club. Algunos grupos sociales pueden requerir una tarifa para inscribirse. Dichas tarifas no son parte de los programas Silver&Fit y no serán reembolsadas por ASH Fitness. *** Es posible que sea necesario adquirir una aplicación o un rastreador de actividad física portátil para utilizar la	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
herramienta Connected!, lo que no es reembolsable por el programa Silver&Fit. El uso que haga de la herramienta Silver&Fit Connected! sirve como consentimiento para que ASH Fitness reciba información sobre su actividad física registrada. El uso que haga de la herramienta Silver&Fit Connected! sirve como consentimiento para que ASH Fitness reciba información sobre su actividad física registrada y use dichos datos para procesar y administrar recompensas disponibles para usted según el programa. El programa Silver&Fit es proporcionado por ASH Fitness, una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes y Silver&Fit Connected! son marcas registradas de ASH. Podrían aplicarse limitaciones, cargos para el miembro y restricciones. Los establecimientos y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.	
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio que realiza su proveedor de la red con el fin de determinar la necesidad de tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Nos asociamos con HearUSA, San Diego Hearing Center y Sharp Rees-Stealy Audiology para ofrecer exámenes de audición y tratamiento relacionados con problemas de audición y equilibrio. Para acceder al beneficio para servicios de audición y contactarse con un proveedor de la red, comuníquese con HearUSA o San Diego Hearing Center. Los miembros de Sharp Rees-Stealy también tienen acceso a servicios de Sharp Rees-Stealy Audiology. <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red y una autorización previa del plan para las evaluaciones y el tratamiento relacionados con problemas de audición y equilibrio.</i>	Copago de \$20 por las evaluaciones para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio. Audífonos: En el plan, pagamos hasta \$1,000 para audífonos cada 3 años. Ajuste y exámenes de audífonos (hasta 2 visitas por año): Copago de \$20 con un proveedor de la red. El monto que usted paga por estos servicios no se tiene en cuenta para alcanzar el monto de desembolso máximo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Audífonos Nos asociamos con HearUSA y San Diego Hearing Center para ofrecer audífonos. Para tener acceso al beneficio para audífonos que se ofrece con un proveedor de la red, comuníquese con HearUSA o San Diego Hearing Center. El número de teléfono de HearUSA es 1-855-203-5911 (TTY: 711). El número de teléfono de San Diego Hearing Center es 1-858-297-3277 (TTY: 711). También puede comprar los audífonos a través de un proveedor fuera de la red (incluidos los proveedores de artículos de venta libre). Si elige un proveedor fuera de la red, necesitará obtener una autorización previa de nuestro plan antes de adquirir los audífonos. Deberá pagar los audífonos y luego presentar al plan un formulario de reembolso del miembro para solicitar el reembolso. <i>Se debe obtener una autorización previa del plan para los audífonos ofrecidos por proveedores dentro y fuera de la red.</i>	
 Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos los siguientes servicios: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los miembros elegibles para las pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencias de atención de salud en el hogar Antes de recibir servicios de atención de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita e indicar que una agencia se los proporcione. Es condición que esté confinado a su hogar, lo que significa que abandonar su hogar le supondría un enorme esfuerzo. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar de medio tiempo o intermitente (para tener cobertura del beneficio de atención de salud en el hogar,	Copago de \$0 por cada visita de salud a domicilio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
los servicios de enfermería especializada y los de asistente de salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Terapias física, ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipos médicos. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Terapias de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (como antivirales, inmunoglobulina), los equipos (como una bomba) y los suministros (como los tubos y los catéteres). Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios profesionales, que incluyen los servicios de enfermería que se prestan de conformidad con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente sin cobertura según el beneficio de equipo médico duradero. • Control a distancia. • Servicios de control de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Coseguro del 20 % por los medicamentos de infusión en el hogar. Ciertos medicamentos pueden estar sujetos a un monto de coseguro más bajo. Coseguro del 20 % por los equipos y los suministros de infusión en el hogar. Copago de \$20 para los servicios profesionales de infusión ambulatorios prestados por un especialista en el consultorio. Copago de \$0 por los servicios profesionales de infusión en el hogar prestados en el domicilio.
Atención en centro para enfermos terminales Es elegible para recibir el beneficio de atención en un centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico de este centro le hayan diagnosticado una enfermedad terminal y le queden 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención de parte de cualquier programa de centro para enfermos terminales con certificación de Medicare. Nuestro plan está obligado a brindarle ayuda para que encuentre programas en	Cuando se inscribe en un programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare, el pago de los servicios que ofrece este centro y de los de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal estará a cargo de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
centros para enfermos terminales con certificación de Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que sean de nuestra propiedad o estén controlados por nosotros, o en lo que tengamos un interés financiero. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o no. Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor. • Atención paliativa a corto plazo. • Atención en el hogar. Cuando es admitido en un centro para enfermos terminales, usted tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Si decide permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para servicios que se brinden en centros para enfermos terminales y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios que se brindan en un centro para enfermos terminales y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de atención en un centro para enfermos terminales, su proveedor de dicha atención le facturará a Original Medicare los servicios que este pague. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no se consideren urgencias ni emergencias y que tengan cobertura de Medicare Parte A o Medicare Parte B, pero que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de si el proveedor a quien consulte pertenece a la red de nuestro plan y sigue las reglas de nuestro plan o no (por ejemplo, si existe un requisito de obtener autorización previa).	Original Medicare, y no de nuestro plan.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Original Medicare. Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ya sea que estos se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal o no. Usted deberá pagar el monto de costo compartido del plan por dichos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no se relacionan con su enfermedad que califica para recibir atención en un centro para enfermos terminales, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su enfermedad que califica para recibir atención en un centro para enfermos terminales, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5. Nota: Si necesita atención que no sea la que se brinda en un centro para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta en un centro para enfermos terminales (solo una vez) que necesite una persona que padezca una enfermedad terminal y no haya elegido el beneficio de este tipo de centro.	
 Vacunas Los servicios con cobertura de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno; se cubren vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo, siempre que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos como parte de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte la sección 8 del capítulo 6. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Atención de hospitalización Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, servicios de hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención de hospitalización comienza el día en que usted es formalmente admitido en el hospital con indicación médica. El día anterior al día del alta es su último día de internación. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o habitación privada cuando sea médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de unidades de atención especial (como la unidad de cuidados intensivos o la unidad coronaria). • Medicamentos y medicinas. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos por quirófano y sala de recuperación.	Hospitalización Días 1 a 5: \$125 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. El costo compartido descrito previamente se aplica cada vez que lo admiten en el hospital. Usted debe pagar el copago por atención de hospitalización para cada admisión. Si recibe atención de internación autorizada en un hospital que no pertenece a la red después de que su afección de emergencia se estabilizó, su costo será equivalente al costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Atención de salud mental para pacientes internados (en un hospital general)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Terapias física, ocupacional, del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento con internación por abuso de sustancias. • Sujetas a ciertas condiciones, las siguientes clases de trasplantes están cubiertas: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula espinal, células madre, intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos todo lo necesario para que su caso sea revisado por uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare; y dicho centro decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o estar ubicados fuera del área de servicio. • Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se ofrecen fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtener los servicios en un lugar local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tasas de Original Medicare. Si el plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad, y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre (incluye administración y almacenamiento). La cobertura de sangre total y de hematocritos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios prestados por médicos. Nota: Para que se lo considere paciente internado, su proveedor debe emitir una orden por escrito en la que indique su internación en el hospital. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere paciente ambulatorio. Si no está seguro de su condición de paciente ambulatorio o internado, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare denominada <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. Esta hoja informativa está	Días 1 a 5: \$125 por día. Días 6 a 90: \$0 por día. Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted está 60 días consecutivos sin recibir atención en el hospital o atención de enfermería especializada. No hay un límite para los períodos de beneficios. Usted debe pagar el copago por atención de hospitalización para cada admisión. Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios. Los “días de reserva de por vida” son días adicionales cuando recibe tratamiento de salud mental en un hospital general u hospital psiquiátrico durante más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que pueden usarse de por vida. Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Si recibe atención de internación autorizada en un hospital que no pertenece a la red después de que su afección de emergencia se estabilizó, su

Servicio cubierto	Lo que usted paga
disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. También puede solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. <i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	costo será equivalente al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Servicios de internación en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. <i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Días 1 a 5: \$125 por día. Días 6 a 90: \$0 por día. Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted está 60 días consecutivos sin recibir atención en el hospital o atención de enfermería especializada. No hay un límite para los períodos de beneficios. Usted debe pagar el copago por atención de hospitalización para cada admisión. Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios. Los “días de reserva de por vida” son días adicionales cuando recibe tratamiento de salud mental en un hospital general u hospital psiquiátrico durante más de 90 días. Tiene un total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	de 60 días de reserva que pueden usarse de por vida. Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. Si recibe atención de internación autorizada en un hospital que no pertenece a la red después de que su afección de emergencia se estabilizó, su costo será equivalente al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura Si ya agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En ciertos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté internado en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios prestados por médicos. • Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, análisis de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios provistos por el técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortóticos (no dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de esos dispositivos. • Aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; piernas, brazos y ojos artificiales; incluye ajustes,	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$5. Servicios complejos de radiología de diagnóstico (incluyen resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, espectroscopias por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, exámenes MUGA, tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón, entre otros): Coseguro del 10 %. Servicios de radiología terapéutica: Coseguro del 10 %. Servicios de laboratorio: Copago de \$5. Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología de diagnóstico que no son complejos:

Servicio cubierto	Lo que usted paga
reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Terapias física, ocupacional y del habla. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$5. Suministros médicos (como vendajes, férulas, yesos): Coseguro del 20 %. Prótesis y aparatos ortóticos (incluye aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales): Coseguro del 20 %. Servicios de terapias física, ocupacional y del habla: Copago de \$20.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio se ofrece a las personas que tienen diabetes o enfermedad renal (de los riñones), pero que no están en tratamiento de diálisis, o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare); posteriormente, 2 horas por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su indicación todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare Todos los planes de salud de Medicare cubren los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) para las personas elegibles. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamientos asociados a la salud que brinda	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
entrenamiento práctico para el cambio nutricional a largo plazo, el aumento de la actividad física y la implementación de estrategias de resolución de problemas a fin de superar el desafío de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Medicamentos de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por Original Medicare Parte B. Nuestros miembros reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no puede administrarse y se inyectan o aplican mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro quirúrgico ambulatorio (es posible que se requiera la terapia escalonada de la Parte B). • Insulina suministrada a través de un dispositivo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran mediante el uso de equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) y que están autorizados en nuestro plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra de forma intravenosa. Además de los costos por medicamentos, es posible que necesite otros exámenes y pruebas de diagnóstico por imágenes antes del tratamiento o durante su curso, lo cual puede aumentar los costos totales. Hable con el médico acerca de qué estudios puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que usted se inyecta si padece hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para	Coseguro del 20 % por cada medicamento de la Parte B con cobertura de Medicare. Coseguro del 20 % por cada medicamento quimioterapéutico con cobertura de Medicare y su administración. Usted paga estos montos hasta alcanzar el monto de desembolso máximo. Ciertos medicamentos pueden estar sujetos a un monto de coseguro más bajo. El costo compartido por insulina obtenida a través de un proveedor de equipo médico duradero está sujeto a un copago máximo de \$35 por un suministro de 1 mes.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
trasplantes en el caso de que Medicare haya pagado el trasplante del órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B cuando recibe los inmunodepresores. La Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos) cubre los inmunodepresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis, en caso de que usted no pueda salir de su hogar, tenga una fractura ósea certificada por un médico como fractura relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no se pueda autoadministrar el medicamento. • Medicare cubre algunos antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) los administra con la supervisión correspondiente. • Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible como formulación para uso inyectable o si el medicamento es un profármaco (una formulación para uso oral que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterápico contra el cáncer si se los administra antes de la quimioterapia, durante su curso o dentro de las 48 horas de finalizada, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para tratar la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) están cubiertos conforme a Medicare Parte B. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato conforme al sistema de pago de la enfermedad renal en etapa terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable (por ejemplo, Epogen® o Procrit®) si usted padece enfermedad renal en etapa terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia en relación con otras enfermedades. • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y alimentación por sonda). Mediante el siguiente enlace, acceda a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: sharpmedicareadvantage.com/PartB-ST. También cubrimos algunas vacunas como parte de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos como parte del beneficio de la Parte D. En el capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas. En el capítulo 6, se explica cuánto paga por sus medicamentos de la Parte D. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>	
 Pruebas de detección de la obesidad y tratamientos para promover la pérdida de peso sostenida Si su índice de masa corporal es 30 o mayor, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria donde pueda coordinarse con su plan preventivo integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las pruebas de detección y tratamientos contra la obesidad.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides pueden obtener la cobertura de servicios para tratar dicha adicción a través de un programa para tratamiento por uso de opioides, el cual incluye los siguientes servicios: • Agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. para tratamientos asistidos con medicamentos. • El expendio y la administración de los medicamentos para tratamientos asistidos con medicamentos (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual o grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$20 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos.
Exámenes ambulatorios de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Radiografías. • Radioterapia (radioisótopos), incluidos los suministros y los materiales del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre (incluye administración y almacenamiento). La cobertura de sangre total y de hematocritos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza. • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas,	Servicios complejos de radiología de diagnóstico (incluyen resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, espectroscopias por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, exámenes MUGA, tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón, entre otros): Coseguro del 10 %. Servicios de radiología terapéutica: Coseguro del 10 %. Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología

Servicio cubierto	Lo que usted paga
electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención de salud las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (abarca una amplia variedad de evaluaciones más allá del diagnóstico por imágenes). Pueden incluir pruebas de laboratorio (como análisis de sangre), pruebas genéticas, biopsias y otros métodos para diagnosticar y evaluar diferentes afecciones. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	de diagnóstico que no son complejos: Copago de \$5. Suministros médicos (como vendajes, férulas, yesos): Coseguro del 20 %. Análisis de laboratorio: Copago de \$5. Sangre: Copago de \$0. Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$5.
Observación ambulatoria en hospital Los servicios de observación son servicios ambulatorios en hospital que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación ambulatoria en hospital, se deben cumplir los criterios de Medicare y los servicios deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para que usted sea internado en el hospital, se lo considerará paciente ambulatorio, y deberá pagar los montos de costo compartido de los servicios ambulatorios en hospital. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere paciente ambulatorio. Si no está seguro de su condición de paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare denominada <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. También puede solicitarla	Copago de \$150 por servicios de observación.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Servicios ambulatorios en hospital Cubrimos los servicios médicamente necesarios brindados en el departamento para atención ambulatoria de un hospital a fin de recibir el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios en el Departamento de Emergencias o en una clínica para atención ambulatoria, como servicios de observación y cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre que un médico certifique que el tratamiento con internación sería necesario sin este programa. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para que usted sea internado en el hospital, se lo considerará paciente ambulatorio, y deberá pagar los montos de costo compartido de los servicios ambulatorios en hospital. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere paciente ambulatorio. Si no está seguro de su condición de paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Departamento de Emergencias: Copago de \$50 (eximido si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas). Servicios ambulatorios en hospital: Copago de \$150 por visita para cada servicio ambulatorio en hospital con cobertura de Medicare. Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$5. Servicios de laboratorio: Copago de \$5. Hospitalización parcial (incluye medicamentos y productos biológicos): Copago de \$5 por visita. Servicios complejos de radiología de diagnóstico (incluyen resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, espectroscopias por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, exámenes MUGA, tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón, entre otros): Coseguro del 10 %.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología de diagnóstico que no son complejos: Copago de \$5. Suministros médicos: Coseguro del 20 %.
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero profesional (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental con calificación de Medicare según lo permitido por las leyes estatales correspondientes. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$5 por visita de terapia individual o grupal.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen terapias física, ocupacional, del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se brindan en varios ámbitos de atención ambulatoria, como departamentos hospitalarios para atención ambulatoria, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$20 por cada visita a un especialista.
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios Terapia individual o grupal relacionada con el uso de sustancias. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$5 por visita de terapia individual o grupal autorizada.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en consultorios externos de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: En caso de que deba someterse a una cirugía en un hospital, pregúntele a su proveedor si la cirugía requerirá internación o será ambulatoria. A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para que usted sea internado en el hospital, se lo considerará un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costo compartido de una cirugía ambulatoria. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere paciente ambulatorio. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$150.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio ambulatorio en hospital o en un centro comunitario de salud mental, el cual es más intenso que la atención que se presta en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia, o asesor profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización.</i> <i>Los servicios ambulatorios intensivos consisten en un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud (mental) del comportamiento que se brinda en un departamento ambulatorio en hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, el cual es más intenso que la atención que se presta en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia, o asesor profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i> Debido a que no contamos con centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solamente si se brinda como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>	Copago de \$5 por visita.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se brindan en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en cualquier otro centro. • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista. • Exámenes básicos de equilibrio y audición realizados por un especialista, en caso de que su médico los indique para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes servicios del médico de atención primaria: ○ Tiene la opción de recibir estos servicios en persona o a través del servicio de telesalud. Si opta por recibir alguno de estos beneficios a través del servicio de telesalud, debe consultar con un proveedor de la red que ofrezca este servicio. ○ El proveedor puede ofrecer servicios de telesalud por teléfono, computadora, tableta o tecnología de video. Debe solicitar los servicios de telesalud cuando programa la consulta y debe preguntar qué tipos de tecnología están disponibles en el consultorio del proveedor. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, prestados en un centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.	Visita al médico de atención primaria: Copago de \$5. Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria: Copago de \$5 por visita. El copago por los servicios de telesalud no podrá ser mayor que el copago por la visita al consultorio del médico de atención primaria. Consulta con un especialista: Copago de \$20. Centro quirúrgico ambulatorio certificado: Copago de \$150. Departamento hospitalario para atención ambulatoria: Consulte la sección “Servicios ambulatorios en hospital” de este cuadro de beneficios. Exámenes básicos de audición: Consulte la sección “Servicios para la audición” de este cuadro de beneficios. Atención dental: Consulte la sección “Servicios dentales” de este cuadro de beneficios y la sección 2.2 de este capítulo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral, sin importar la ubicación del miembro. • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por uso de sustancias o con trastornos de salud mental concurrentes, sin importar la ubicación del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ○ Usted tuvo una visita presencial durante los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe los servicios de telesalud. ○ Pueden hacerse excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias. • Los servicios de telesalud para las visitas de salud mental son proporcionados por clínicas de salud rurales y por centros de salud calificados federalmente. • Controles virtuales breves de entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si se cumplen las siguientes condiciones: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ El control virtual no está relacionado con una visita al consultorio realizada durante los 7 días previos. ○ El control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas siguientes ni en la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que envió a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas, si se cumplen las siguientes condiciones: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada durante los 7 días previos.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas siguientes ni en la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red previa a la cirugía. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugías de mandíbula o estructuras relacionadas; reparaciones de fracturas de mandíbula o huesos faciales; extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedades neoplásicas en pacientes con cáncer; o aquellos servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico). <i>Se puede requerir la autorización previa del plan para ciertos servicios de especialistas.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios de especialistas.</i>	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de los pies de rutina para aquellos miembros que presentan algunas enfermedades que afectan sus extremidades inferiores. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$20 por visita.
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención de salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el beneficio de profilaxis preexposición.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne las condiciones, los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Medicamentos de profilaxis preexposición orales o inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluye evaluación de riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento del tratamiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	
 Exámenes para detectar cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno específico prostático. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para la prueba anual de antígeno específico prostático. Examen de tacto rectal: Copago de \$0. Examen de tacto rectal no relacionado con el examen anual para detectar cáncer de próstata: Copago de \$5.
Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo, en forma total o parcial. Por ejemplo, la evaluación, colocación o capacitación para el uso de prótesis o aparatos ortopédicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía; marcapasos; aparatos y zapatos ortopédicos; extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para usar después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y aparatos ortopédicos, y con la reparación o el	Prótesis: Coseguro del 20 %. Suministros médicos relacionados: Coseguro del 20 %.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
reemplazo de las prótesis o aparatos. También se incluye parte de la cobertura posterior a una extracción o cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte la sección “Atención de la visión” que aparece más adelante. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) de moderada a muy grave y son remitidos por el médico tratante para recibir rehabilitación pulmonar. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	Copago de \$20 por cada visita al consultorio de un especialista.
 Examen y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos 1 examen para evaluar el consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida, pero no dependen de él. Si el resultado del examen es positivo, es posible que reciba hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personalizado por año (si está alerta y competente durante las sesiones) realizadas por un PCP u otro profesional calificado en un entorno de atención primaria.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que tienen cobertura de Medicare.
 Examen para detectar cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis Para las personas que reúnen los requisitos, la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) tiene cobertura cada 12 meses. Las personas inscritas que reúnen los requisitos son personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado, por lo menos, 20 paquetes al año, que actualmente fuman o que han dejado de hacerlo en los últimos 15 años. Además, estas personas reciben una	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas ni para la LDCT con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
indicación para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre el examen para detectar cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumple con los requisitos de Medicare establecidos para dichas visitas y que es brindada por un médico o por un profesional calificado no médico. <i>Para exámenes para detectar cáncer de pulmón con LDCT luego del examen inicial con LDCT:</i> la persona inscrita debe recibir una indicación para un examen para detectar cáncer de pulmón con una LDCT, que puede ser brindada durante la visita correspondiente con un médico o un profesional calificado no médico. Si el médico o el profesional calificado no médico opta por brindar una visita de asesoramiento sobre el examen para detectar cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para futuros exámenes con LDCT, este tipo de consulta debe cumplir con los criterios de Medicare establecidos para tales visitas. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
 Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección del virus de la hepatitis C si su proveedor de atención primaria u otro proveedor de atención de salud calificado se la indica y usted reúne una de las siguientes condiciones: • Tiene alto riesgo porque usa o usó drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 pero no es considerado de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por única vez. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, continuó usando drogas inyectables ilícitas desde la anterior prueba de detección de la hepatitis C cuyo resultado fue negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos los exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), por ejemplo, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para embarazadas y determinadas personas que tienen un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual cuando los solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes 1 vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento de la conducta, personalizadas e intensivas (de 20 a 30 minutos) cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio del médico. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento para la prevención de ITS que tiene cobertura de Medicare.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Educación sobre la enfermedad renal para capacitar a los miembros sobre los cuidados del riñón y ayudarlos a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. Para los miembros que se encuentran en la etapa IV de la enfermedad renal crónica, siempre que sean remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor que le	Copago de \$0 por educación sobre la enfermedad renal. Copago de \$0 por los servicios cubiertos para tratar la enfermedad renal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
brinda este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él en ese momento). • Tratamientos de diálisis con internación (si es internado para recibir atención especial). • Capacitación para realizarse diálisis usted mismo (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizarse los tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Algunos servicios de apoyo en el hogar (cuando son necesarios, como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su tratamiento de diálisis en el hogar, para ayudarlo en casos de emergencias y para controlar su equipo y suministro de agua para diálisis). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de Medicare Parte B en esta tabla. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Sharp Nurse Connection® Tiene acceso a enfermeros registrados fuera del horario de atención y los fines de semana a través de Sharp Nurse Connection. Pueden conversar con usted sobre alguna enfermedad o lesión, ayudarlo a decidir cuándo y dónde buscar atención y brindarle asesoramiento sobre cualquier inquietud de salud. Para comunicarse con Sharp Nurse Connection, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).	No hay coseguro, copago ni deducible para Sharp Nurse Connection.
Atención en un centro de enfermería especializada (Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, se utilizan las siglas “SNF” para referirse a este tipo de centros). Este beneficio está limitado a un máximo de 100 días por período de beneficios. No es necesario haber estado	Días 1 a 20: \$0 por día. Días 21 a 57: \$150 por día. Días 58 a 100: \$0 por día. Los períodos de beneficios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención en

Servicio cubierto	Lo que usted paga
internado previamente. La atención en el hogar o el cuidado de custodia en un centro de enfermería especializada no tienen cobertura. Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapias física, ocupacional y del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre (incluye administración y almacenamiento). La cobertura de sangre total y de hematocritos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos ofrecidos normalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio ofrecidas normalmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología ofrecidos normalmente por los SNF. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, ofrecidos normalmente por los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Por lo general, usted recibirá atención de un SNF dentro de la red. En ciertas condiciones (enumeradas a continuación), puede pagar el costo compartido dentro de la red por la atención en un centro que no sea proveedor de la red, siempre que dicho centro acepte los montos de pago que establece nuestro plan. • Un asilo de ancianos o una comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía justo antes de ingresar en el hospital (siempre que proporcione la atención que se presta en un centro de enfermería especializada).	un centro de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que lo internan en el hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un centro de enfermería especializada). Si ingresa en un hospital o en este tipo de clínica después de finalizado un período de beneficios, comienza otro período de beneficios.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Un SNF donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted abandona el hospital. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
 Ayuda para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco está cubierto para pacientes internados o ambulatorios que reúnen estos requisitos: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco o no. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • El asesoramiento es brindado por un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones por año).	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisada La terapia de ejercicios supervisada está cubierta para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y cuenten con una remisión del médico responsable del tratamiento de dicha enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de terapia de ejercicios supervisada (SET). El programa de SET debe cumplir las siguientes condiciones: • Se debe brindar en sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Se debe realizar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado que cuente con capacitación en la terapia de ejercicios para PAD y que	Copago de \$10 por cada visita.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
pueda garantizar que los beneficios son mayores que los peligros. • Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica que cuente con capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. Se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales de SET una vez cumplidas las 36 sesiones en un período de 12 semanas si un proveedor de atención de salud considera que son médicamente necesarias. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata (pero no de emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicios del plan, no es razonable obtenerlo de proveedores de la red, dado el tiempo, el lugar o las circunstancias. El plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle solo el costo compartido dentro de la red. Entre los servicios de urgencia se encuentran aquellos que se brindan para tratar una lesión o una enfermedad inesperadas, o un episodio imprevisto de alguna afección existente. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente. Los servicios de urgencia se brindan en todo el mundo.	Copago de \$25. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago. Copago de \$50 por cobertura internacional. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago.
 Atención de la visión (con cobertura de Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los enumerados a continuación: • Servicios ambulatorios de médicos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. En Original Medicare, no se cubren los exámenes de ojos de rutina (exámenes de refracción) para anteojos o lentes de contacto.	Copago de \$20 por los exámenes de ojos con cobertura de Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de \$20 por las visitas al consultorio de un especialista con cobertura de Medicare para

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos 1 examen para detectar glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Para las personas con diabetes, el examen para detectar retinopatía diabética está cubierto 1 vez por año. • 1 par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya el implante de 1 lente intraocular. Si se le realizan 2 cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir 2 anteojos después de la segunda cirugía. Nuestro plan cubrirá la extracción de cataratas y los implantes de lentes básicos, pero no cubrirá la tecnología avanzada asistida, como el sistema ORA. Es posible que se generen cargos adicionales si el proveedor hace uso de equipo no aprobado. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Por lo general, no es atención de los ojos de rutina, sino que la presta un especialista, como un oftalmólogo. No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los anteojos o lentes de contacto con cobertura de Medicare después de una cirugía de cataratas.
 Atención de la visión (suplementaria) Examen de ojos de rutina: La cobertura de la visión suplementaria incluye un (1) examen de ojos de rutina por año de beneficios. Accesorios para la visión de rutina: Un par de marcos estándares o lentes de contacto cada 2 años. Los anteojos estándares son monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria. El examen de ojos de rutina y los accesorios para la visión son brindados por Vision Service Plan (VSP). Puede comunicarse con VSP llamando al (855) 492-9028 (TTY: 711).	Examen de ojos de rutina (hasta 1 por año): Copago de \$20. Anteojos, lentes de contacto o marcos con receta (cada 2 años): Copago de \$20 para marcos, lentes (monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria) o anteojos completos estándares. El plan paga hasta \$95 cada 2 años por marcos de anteojos o hasta \$105 cada 2 años por lentes de contacto. El monto que usted paga por estos servicios no se tiene en

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	cuenta para alcanzar el monto de desembolso máximo.
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Nuestro plan cubre la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> . Esta visita incluye una revisión de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (como ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para otro tipo de atención, de ser necesario. Importante: Cubrimos esta visita preventiva solo dentro de los primeros 12 meses que recibe cobertura de Medicare Parte B. Cuando llame al consultorio del médico para solicitar la cita, diga que quiere programar la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para esta visita preventiva.

Sección 2.1 Beneficios suplementarios opcionales adicionales que puede contratar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no tienen cobertura de Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan **beneficios suplementarios opcionales**. Si desea recibir estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos, y es posible que deba pagar una prima adicional. Los beneficios suplementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Nuestro plan tiene un contrato con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle dos beneficios suplementarios opcionales (Delta Dental Medicare Advantage DHMO o Delta Dental Medicare Advantage PPO). Estos son planes dentales integrales que se brindan a través de una red de dentistas que tienen contrato con Delta Dental. Cuando elige el plan Delta Dental Medicare Advantage PPO, puede recurrir a proveedores que tienen contrato con Delta Dental y también a aquellos que no lo tienen.

Cuándo puede inscribirse en un plan suplementario de Delta Dental:

Para poder recibir beneficios dentales suplementarios, debe inscribirse en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO). Puede elegir entre dos planes dentales (Delta Dental Medicare Advantage DHMO o Delta Dental Medicare Advantage PPO) al mismo tiempo que se inscribe en nuestro plan si indica su opción en la solicitud de inscripción o dentro de los 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su plan. Si se inscribe en los beneficios dentales suplementarios durante el período de inscripción abierta, la fecha de entrada en vigor de la cobertura será el 1.º de enero. Si lo hace durante un período de elección especial, la fecha de entrada en vigor de la cobertura será el primer día del mes siguiente a su inscripción. Durante

el período de inscripción abierta o el período de elección especial, la fecha de entrada en vigor de la cobertura es el primer día del mes siguiente a su inscripción. Si se inscribe fuera del período de inscripción abierta o del período de elección especial, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Cálculo aproximado previo al tratamiento:

No se requieren solicitudes de cálculos aproximados previos al tratamiento. Sin embargo, su proveedor participante puede presentar un formulario de reclamo a Delta Dental antes de iniciar un tratamiento, indicando los servicios que usted recibirá. Delta Dental estimará la cantidad de beneficios que pagará entre todos los servicios de la lista. Si usted le solicita a su dentista que le pida a Delta Dental un cálculo aproximado previo al tratamiento antes de aceptar recibir cualquier tratamiento prescrito, obtendrá un cálculo aproximado por adelantado de lo que Delta Dental pagará y de la diferencia que le corresponde a usted.

La solicitud de un cálculo aproximado previo al tratamiento no garantiza ningún pago. Es un cálculo aproximado del monto que Delta Dental pagará si usted está inscrito y cumple con todos los requisitos del programa en el momento en que se realiza el tratamiento que ha planeado. Es posible que no se incluya ningún deducible, así que recuerde tener en cuenta posibles deducibles de ser necesario.

Servicios de emergencia (aplica únicamente al plan Delta Dental DHMO):

Si está inscrito en el plan Delta Dental Medicare Advantage DHMO y necesita servicios de emergencia, comuníquese con su proveedor participante siempre que sea posible. Si es un nuevo miembro y necesita servicios de emergencia, pero aún no tiene un proveedor participante asignado, comuníquese con Servicio al Cliente de Delta Dental, al 1-800-390-3368 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m., para que lo ayuden a encontrar un proveedor participante. Los beneficios de los servicios de emergencia de un proveedor no participante se limitan a la atención necesaria para estabilizar su afección o proporcionar alivio paliativo en alguna de las siguientes circunstancias:

1. Usted intenta razonablemente comunicarse con el proveedor participante, pero este no está disponible o no lo puede atender dentro de las 24 horas de haberlo contactado.
2. Usted intenta razonablemente comunicarse con Delta Dental antes de recibir los servicios de emergencia, o es razonable que obtenga acceso a los servicios de emergencia sin comunicarse previamente con Delta Dental.
3. Usted cree razonablemente que debido a su afección trasladarse hasta el proveedor participante para recibir servicios de emergencia es inapropiado por su condición médica o dental. Los beneficios de servicios de emergencia no proporcionados por el proveedor participante se limitan a un máximo de \$100.00 por emergencia menos el copago correspondiente. Si se excede el máximo, o si no se cumplen las condiciones anteriores, usted deberá pagar cualquier cargo por los servicios de un dentista que no sea su proveedor participante.

Red de Delta Dental Medicare Advantage DHMO:

Para obtener beneficios según el plan Delta Dental Medicare Advantage DHMO, debe seleccionar a un proveedor participante del directorio de proveedores participantes en la red de DeltaCare USA Medicare. Puede cambiar el proveedor participante que seleccionó en cualquier momento, iniciando sesión en su cuenta en línea de Delta Dental (<https://www1.deltadentalins.com/sharphealthplanmedicare>) o llamando al número gratuito del Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 1-800-390-3368 (TTY/TDD: 711). El horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, (del 1.º de octubre al 31 de marzo); y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Debe solicitar el cambio de proveedor participante antes del día 21 del mes para que los cambios entren en vigor el primer día del mes siguiente y, así, podamos informarle a su proveedor participante.

Para ver una lista actualizada de los proveedores participantes de la red del plan Delta Dental Medicare Advantage DHMO, ingrese en <https://www1.deltadentalins.com/sharphealthplanmedicare>.

Luego de inscribirse, recibirá una tarjeta de identificación y una carta de bienvenida a Delta Dental con la fecha de entrada en vigor de la cobertura dental y la dirección y el teléfono de su proveedor participante. Usted podrá obtener servicios dentales pasada la fecha de entrada en vigor que figura en su paquete de membresía.

Las personas inscritas deben visitar al proveedor participante que seleccionaron para recibir servicios cubiertos, excepto para los servicios brindados por un especialista autorizado previamente por escrito por Delta Dental o los servicios de emergencia brindados en un entorno de atención de emergencia. Cualquier otro tratamiento no está cubierto por este plan.

Red de Delta Dental Medicare Advantage PPO:

Usted tiene acceso tanto a proveedores participantes como no participantes con el plan dental Delta Dental Medicare Advantage PPO.

Elegir a un proveedor no participante puede aumentar sus costos de desembolso.

Usted será responsable de los deducibles, los servicios que no están cubiertos y el coseguro, y cualquier parte de la factura que Delta Dental no pague cuando consulte a un proveedor no participante.

También será responsable de todo monto que supere la asignación máxima de beneficios.

Para ver un listado de los dentistas de la red, ingrese en <https://www1.deltadentalins.com/sharphealthplanmedicare>.

Luego de inscribirse, recibirá una tarjeta de identificación y una carta de bienvenida a Delta Dental con la fecha de entrada en vigor de la cobertura dental. Usted podrá obtener servicios dentales pasada la fecha de entrada en vigor que figura en su paquete de membresía.

Segunda opinión (aplica únicamente al plan Delta Dental DHMO):

Puede solicitar una segunda opinión en caso de cuestionar o no aceptar el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento realizada por su proveedor participante del plan Delta Dental Medicare Advantage DHMO. En Delta Dental pueden solicitarle que obtenga una segunda opinión para asegurarse de que el tratamiento dental y el uso de sus beneficios sean necesarios y adecuados.

Las segundas opiniones serán emitidas por un dentista con licencia de manera oportuna y serán adecuadas a la naturaleza de su afección. Las solicitudes que supongan un riesgo inminente y grave para la salud se acelerarán (se autorizarán o denegarán dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para obtener ayuda o información adicional sobre los procedimientos y plazos de las autorizaciones para pedir una segunda opinión, llame a Servicio al Cliente de Delta Dental, al 1-800-390-3368 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. o escriba a Delta Dental.

Las segundas opiniones se proporcionarán en las instalaciones de otro proveedor participante, a menos que Delta Dental autorice lo contrario. Delta Dental autorizará una segunda opinión de un proveedor no participante si un proveedor participante debidamente calificado no está disponible. En Delta Dental, solo se pagará una segunda opinión que se haya aprobado o autorizado. Se le enviará una carta si en Delta Dental deciden no autorizar una segunda opinión. Si no está de acuerdo con la decisión que tomaron, puede presentar una apelación a Sharp Health Plan. Consulte el capítulo 9, “Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)”, para saber cómo presentar una apelación.

Servicios disponibles para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Delta Dental Medicare Advantage DHMO El plan dental suplementario opcional está disponible para los miembros que están inscritos en el plan Sharp Direct Advantage (HMO) y que eligieron el beneficio suplementario. Los beneficios que figuran a continuación son prestados por el proveedor participante a cargo cuando se consideran necesarios y están sujetos a las limitaciones y exclusiones mencionadas en la sección 3.1. Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con el proveedor participante antes de recibir los servicios. Para obtener una lista completa de los procedimientos dentales cubiertos, visite www.sharpmedicareadvantage.com/our-plans/dental-care.	Prima mensual adicional de \$13. Los montos de copago se mencionan más adelante. No hay montos de coseguro o deducible para el beneficio dental suplementario.

Servicios disponibles para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Los procedimientos o los servicios que no figuran en la lista no están cubiertos. El miembro es responsable del copago aplicable si obtiene un procedimiento o un servicio de la lista. <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> <i>Se puede requerir una remisión de su dentista de la red.</i>	
Delta Dental Medicare Advantage PPO El plan dental suplementario opcional está disponible para los miembros que están inscritos en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) y que eligieron el beneficio suplementario. Los beneficios que figuran a continuación son prestados por el proveedor participante a cargo cuando se consideran necesarios y están sujetos a las limitaciones y exclusiones mencionadas en la sección 3.1. Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con el proveedor participante antes de recibir los servicios. Para obtener una lista completa de los procedimientos dentales cubiertos, visite www.sharpmedicareadvantage.com/our-plans/dental-care. Los procedimientos o los servicios que no figuran en la lista no están cubiertos. El copago correspondiente estará a cargo del miembro si le realizan algún procedimiento o recibe un servicio de la lista.	Prima mensual adicional de \$55. Los montos de copago se mencionan más adelante. No hay montos de coseguro o deducible para el beneficio dental suplementario. Hay una asignación máxima anual de \$3,000. Usted será responsable de todo monto que supere la asignación máxima de beneficios.
Delta Dental Medicare Advantage DHMO y Delta Dental Medicare Advantage PPO Se incluyen los siguientes servicios de diagnóstico: • Exámenes orales. • 1 serie completa de radiografías dentales cada 24 meses. • Radiografías interproximales cada 6 meses (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de \$0 a \$5. Sin costo compartido.
Se incluyen los siguientes servicios preventivos e integrales: • 1 limpieza cada 6 meses (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de \$15.

Servicios disponibles para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de diagnóstico (como se describe en el programa de tarifas). • Servicios restaurativos (como se describe en el programa de tarifas). • Endodoncia (como se describe en el programa de tarifas). • Periodoncia (como se describe en el programa de tarifas). • Prostodoncia: prótesis fijas y removibles (como se describe en el programa de tarifas). • Cirugía bucal y maxilofacial (como se describe en el programa de tarifas). Para obtener una lista completa de los procedimientos dentales cubiertos, visite www.sharpmedicareadvantage.com/our-plans/dental-care.	Copago de \$0 a \$5. Copago de \$20 a \$425. Copago de \$0 a \$475. Copago de \$0 a \$450. Copago de \$20 a \$495. Copago de \$0 a \$65. Pueden aplicarse cargos adicionales para ciertos materiales. El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.

Cancelación de la inscripción

Puede cancelar la cobertura dental suplementaria con Delta Dental en cualquier momento. Para ello, debe enviar una solicitud de cancelación por escrito a Sharp Health Plan.

Si cancela la inscripción en la cobertura dental suplementaria de Delta Dental, no podrá volver a inscribirse en el beneficio dental suplementario hasta el próximo período de inscripción abierta.

SECCIÓN 3 Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones)

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

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ningún caso o están cubiertos solo en situaciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto que se reúnan las condiciones específicas mencionadas a continuación. Incluso si obtiene los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si, después de una apelación, se determina que el servicio es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión que hemos tomado respecto de no cubrir un servicio médico, lea la sección 5.3 del capítulo 9).

Servicios sin cobertura de Medicare	Con cobertura solo en situaciones específicas
Acupuntura.	✓
Servicio de ambulancia si se utiliza exclusivamente para la comodidad de la persona o cuando otra forma de transporte disponible sería más apropiada.	Sin cobertura en ningún caso.
Cualquier servicio que el miembro reciba de una agencia gubernamental local, estatal o federal.	✓ Tiene cobertura solo si la ley estatal o federal exige expresamente que el plan la brinde.
Concepción por madre sustituta. Pruebas, servicios o suministros relacionados con el embarazo.	Los gastos médicos relacionados con el embarazo estarán cubiertos por el plan únicamente si la madre sustituta está inscrita en nuestro plan.
Cirugía o procedimientos cosméticos.	✓ Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con una malformación. Todas las etapas de la reconstrucción del seno después de una mastectomía están cubiertas, así como la reconstrucción del seno que no está afectado, para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia. El cuidado de custodia se trata de cuidado personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la ayuda que recibe para realizar las actividades diarias, por ejemplo, bañarse o vestirse.	Sin cobertura en ningún caso.
Dispositivos y procedimientos para determinar el sexo de un feto.	Sin cobertura en ningún caso.
Diagnóstico y tratamiento de trastornos de aprendizaje o aquellos servicios orientados	✓

Servicios sin cobertura de Medicare	Con cobertura solo en situaciones específicas
principalmente al tratamiento de los trastornos sociales o de aprendizaje. Asesoramiento para actividades de carácter educativo. Asesoramiento por funcionamiento intelectual límite. Asesoramiento para problemas ocupacionales. Asesoramiento relacionado con la toma de conciencia. Asesoramiento vocacional o religioso. Asesoramiento por problemas matrimoniales. Pruebas de coeficiente intelectual (IQ). Pruebas psicológicas para niños requeridas para la inscripción en entidades educativas.	Tienen cobertura si Medicare los exige específicamente.
Suministros médicos descartables que no son ofrecidos en hospitales, consultorios médicos ni por los profesionales que brindan atención de salud en el hogar.	Sin cobertura en ningún caso.
Partos en el domicilio por elección.	Sin cobertura en ningún caso.
Procedimientos o servicios voluntarios u optativos para mejorar algunos aspectos (por ejemplo, para la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el desempeño deportivo; o bien procedimientos con fines cosméticos, contra el envejecimiento y para un mejor funcionamiento mental), a menos que sean médicamente necesarios.	Sin cobertura en ningún caso.
Equipos o suministros diseñados para acondicionar el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas, medias de descanso y otros equipos principalmente no médicos.	Sin cobertura en ningún caso.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, y equipos y medicamentos que son experimentales.	 Es posible que tengan cobertura de Original Medicare como un estudio de

Servicios sin cobertura de Medicare	Con cobertura solo en situaciones específicas
Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare considera que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	investigación clínica aprobado por Medicare o de nuestro plan. (Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Honorarios que cobran sus familiares más cercanos o las personas que viven con usted por brindar atención.	Sin cobertura en ningún caso.
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	Sin cobertura en ningún caso.
Pruebas, tratamiento o asesoramiento genéticos. Servicios cuyo único objetivo es determinar el sexo de un feto por razones no médicas (como pruebas solicitadas por un tribunal), para las personas que no tienen pruebas clínicas o antecedentes familiares de una anomalía genética, o bien para determinar el estado de portador de trastornos hereditarios si no existe un beneficio médico inmediato o si los resultados no se utilizarán para iniciar un tratamiento médico.	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios para la audición. reemplazo de baterías para audífonos de venta libre.	 Tienen cobertura solo si se los cubre específicamente a través de la garantía.
Envío de comidas a domicilio.	Sin cobertura en ningún caso.
Los servicios de ayuda en el hogar incluyen asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o la preparación de comidas ligeras.	Sin cobertura en ningún caso.
Inmunizaciones y vacunas para viajar, trabajar, asistir a entidades educativas, contraer matrimonio, llevar a cabo una adopción, realizar trabajo voluntario, obtener una certificación profesional o realizar actividades recreativas.	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios para tratar la infertilidad.	Sin cobertura en ningún caso.

Servicios sin cobertura de Medicare	Con cobertura solo en situaciones específicas
Servicios de laboratorio o radiología realizados con fines de detección o sin que haya una enfermedad o síntomas.	 Tienen cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos alternativos o naturales).	Sin cobertura en ningún caso.
Atención dental que no es de rutina.	 Es posible que la atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión esté cubierta como atención ambulatoria o de internación.
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o protésicos diseñados principalmente para la comodidad o conveniencia de la persona.	Sin cobertura en ningún caso.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Zapatos y ortesis para pie que son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos u ortesis para pie para personas con pie diabético.
Artículos personales que se encuentran en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada, como un teléfono o el televisor.	Sin cobertura en ningún caso.
Exámenes físicos o psicológicos requeridos para audiencias judiciales, viajes, trámites previos al matrimonio o a la adopción, asuntos laborales u otras razones de salud no preventivas.	Sin cobertura en ningún caso.
Habitación privada en un hospital.	 Tiene cobertura solo cuando es médicamente necesaria.

Servicios sin cobertura de Medicare	Con cobertura solo en situaciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la visión y otros dispositivos para ayudar a personas con problemas de visión.	Se cubre un par de anteojos con marco estándar (o un set de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implante un lente intraocular.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.	Sin cobertura en ningún caso.
Atención dental de rutina, como limpiezas, obturaciones y dentaduras postizas.	✓ La atención dental de rutina está cubierta si se elige como beneficio suplementario.
Atención de rutina para los pies.	✓ Cierta cobertura limitada que se brinda de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares establecidos por Original Medicare.	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios brindados a los veteranos en centros que pertenecen al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).	✓ Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos y el costo compartido de este departamento es mayor que el costo compartido de nuestro plan, les reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los montos de costo compartido.
Servicios requeridos por lesiones o enfermedades que ocurrieron mientras estaba bajo arresto, detenido, en prisión, encarcelado o confinado conforme a la ley local, estatal o federal.	✓ Tiene cobertura solo si el proveedor de atención primaria del miembro brinda o autoriza los servicios, o si se consideran servicios de emergencia o de urgencia.

Servicios sin cobertura de Medicare	Con cobertura solo en situaciones específicas
Servicios de salud mental. Cualquier servicio cubierto según el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) del miembro. Cualquier tratamiento o terapia solicitados por un tribunal, o cualquier tratamiento o terapia solicitados como requisitos para otorgar libertad condicional, período de prueba, custodia o derecho de visita. Diagnóstico y tratamiento de lo siguiente: trastornos del desarrollo, trastorno del desarrollo de la lectura, trastorno del desarrollo aritmético, trastorno del desarrollo del lenguaje o trastorno del desarrollo de la articulación.	 Tienen cobertura si Medicare los exige específicamente.
Tratamiento de disfunción o impotencia sexual.	Sin cobertura en ningún caso.

Nuestro plan no cubre los servicios excluidos enumerados en el cuadro anterior. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y nuestro plan no los pagará.

Exclusiones y limitaciones del beneficio dental suplementario

Con la cobertura dental suplementaria de Delta Dental, algunos servicios no estarán cubiertos.

A continuación, encontrará ejemplos de algunos de estos: Para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones de los servicios, visite www.sharpmedicareadvantage.com/our-plans/dental-care.

Limitaciones:

- 1 radiografía de boca completa cada 24 meses.

Exclusiones:

- Implantes.
- Dentaduras postizas, separadores dentales, coronas y puentes perdidos o robados.
- Ortodoncia o aparatos para mover dientes permanentes.
- Servicios de atención dental que no fueron prestados por dentistas asignados contratados por Delta Dental, salvo que usted esté inscrito en Delta Dental Medicare Advantage PPO.

Exclusiones y limitaciones del plan de la visión suplementario

Nuestro plan de la visión suplementario está diseñado para cubrir las necesidades de atención de la visión en lugar de materiales cosméticos.

Algunos servicios no estarán cubiertos. Se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones contractuales:

- Los servicios o materiales que no se indican en esta lista como beneficios cubiertos por el plan.
- Mejoras de lentes sin cobertura:
 - Lentes antirreflejantes.
 - Lentes progresivos.
 - Lentes fotocromáticos.
 - Lentes resistentes a rayones.
 - Lentes de policarbonato.
 - Lentes sin aumento (con una corrección refractiva inferior a ± 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Reemplazo de lentes y marcos que se brindaron conforme a este plan y que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Entrenamiento ortóptico o visual y las pruebas suplementarias asociadas.
- Con el plan de la visión suplementario, no se cubre el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, el cual tiene cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos.
- Reemplazo de lentes de contacto que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Pólizas de seguro o contratos de servicio para lentes de contacto.
- Reajuste de lentes de contacto después del período inicial de ajuste (90 días).
- Visitas al consultorio adicionales por patologías relacionadas con los lentes de contacto.
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.
- Servicios relacionados con la terapia refractiva de la córnea o la ortoqueratología.
- Impuestos locales, estatales o federales, salvo cuando se le exija el pago a VSP por ley.

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura del plan de la Parte D

Consulte el cuadro de beneficios médicos en el capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos en centros para enfermos terminales.

Generalmente, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Usted debe solicitarle a un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada para recetar) que emita una receta médica válida según la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada para recetar que emita la receta no debe figurar en las *Listas de exclusión o preclusión de Medicare*.
- Por lo general, usted debe adquirir sus medicamentos con receta a través de una farmacia de la red (consulte la sección 2) o puede hacerlo mediante el servicio de encargo por correo del plan.
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos* del plan (consulte la sección 3).
- Debe tomar su medicamento según una indicación médicamente aceptada. El término “indicación médicamente aceptada” se refiere al uso de un medicamento que esté aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que el medicamento requiera la aprobación de nuestro plan sobre la base de algunos criterios antes de que accedamos a cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Adquiera sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de encargo por correo del plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solamente* si los adquiere en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para saber en qué circunstancias cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con nuestro plan para ofrecerle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” incluye todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, ingrese en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy) o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta se deben adquirir en una farmacia especializada. A continuación, encontrará las farmacias consideradas especializadas:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (como los asilos de ancianos) cuentan con su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que entregan medicamentos restringidos por la FDA a algunas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores o educación para su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (sharphealthplan.com/SDApharmacysearch) o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicios de encargo por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de encargo por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de este servicio son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de este servicio del plan están marcados con las letras “**NM**” en nuestra *Lista de medicamentos*.

Dicho servicio le permite solicitar un **suministro para hasta 100 días**.

Para obtener formularios e información sobre cómo adquirir sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con nuestra línea de ayuda para recetas de Medicare, al 1-855-222-3183.

Por lo general, el pedido a la farmacia de encargo por correo le será enviado en un plazo de entre 10 y 15 días. A veces, los pedidos se pueden demorar. Si este es el caso, en el plan le permiten realizar una anulación debido a la demora. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para obtener la aprobación de una anulación. Una vez que reciba la aprobación, podemos transferir la receta a la farmacia que usted elija o la persona autorizada para recetar puede llamar a la farmacia y ordenar un suministro para menos días.

Recetas médicas nuevas que se envían desde el consultorio del médico directamente a la farmacia.

La farmacia surtirá y enviará las recetas médicas nuevas que reciba de sus proveedores de atención de salud de forma automática, sin consultarlo primero con usted, en los siguientes casos:

- Si ya usó los servicios de encargo por correo con este plan en el pasado.
- Si se inscribió para la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas que se reciban directamente de los proveedores de atención de salud. Para solicitar la entrega automática de todas las recetas médicas nuevas en cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en su tarjeta de identificación de miembro).

Si le envían por correo de forma automática un medicamento con receta que no quiere, y nadie se comunicó con usted antes del envío para obtener su aprobación, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Si usó el servicio de encargo por correo anteriormente pero no quiere que la farmacia surta una nueva receta de manera automática, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Si nunca usó el servicio de encargo por correo o decide dejar de surtir las recetas médicas nuevas de forma automática, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta médica de un proveedor de atención de salud para saber si quiere adquirir y recibir el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para poder informar si quiere demorar, cancelar o programar el envío de la nueva receta.

Para cancelar la entrega automática de recetas médicas nuevas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, inicie sesión en su cuenta, en www.Caremark.com, o comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente al 1-855-222-3183.

Renovación de pedidos de medicamentos con receta mediante el servicio de encargo por correo. Tiene la opción de inscribirse en el programa de renovación automática de pedidos de

medicamentos para obtener este servicio. Conforme a este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación de pedidos de medicamentos de forma automática cuando, según nuestros registros, usted esté por quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada renovación de pedidos de medicamentos para asegurarse de que los necesite; además, usted podrá cancelar las renovaciones programadas si tiene suficientes medicamentos o si cambió de medicamento.

Si elige no usar nuestro programa de renovación automática de pedidos de medicamentos con receta, pero todavía quiere que la farmacia de encargo por correo se los envíe, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que se le acabe el suministro. Esto garantizará que su pedido llegue a tiempo.

Para cancelar la suscripción al programa de renovación automática de pedidos de medicamentos con receta mediante el servicio de encargo por correo, inicie sesión en su cuenta, en www.Caremark.com, o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Si le envían por correo de forma automática una renovación que no quiere, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Sección 2.3 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”) de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le pueden brindar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para saber qué farmacias de nuestra red pueden hacerlo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (sharphealthplan.com/SDApharmacysearch). También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).
2. Además, usted puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de encargo por correo. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.

Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan

En general, cubrimos los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711)** para saber si hay una farmacia de la red cerca de su área.

Solo cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en farmacias fuera de la red en estas situaciones:

- **Medicamentos con receta para una emergencia médica**

Cubriremos los medicamentos con receta que se adquieran en una farmacia fuera de la red si están relacionados con la atención de una emergencia médica o con la atención de urgencia, si están incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* sin restricciones y si no han sido excluidos de la cobertura de Medicare Parte D.

- **Cobertura cuando se viaja o se está fuera del área de servicio**

Cuando viaje dentro de los Estados Unidos, tendrá acceso a las farmacias de la red de todo el país. Lleve sus recetas y medicamentos, y asegúrese de revisar el *Directorio de farmacias* de nuestro plan para saber dónde encontrar una farmacia de la red cuando viaje. Si está por viajar fuera de los Estados Unidos, antes de salir del país, puede obtener un suministro del medicamento para más días a fin de poder llevarlo.

- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto de forma oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas y se encuentren a una distancia no tan lejana para recorrer en vehículo.
- Si intenta adquirir un medicamento con receta que habitualmente no está disponible en una farmacia accesible minorista o de encargo por correo de la red (estos medicamentos con receta incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- Si viaja fuera de nuestra área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, si pierde los medicamentos o si se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento de la Parte D proporcionado por una farmacia de una institución que no pertenece a la red, mientras le brindan atención en un Departamento de Emergencias, en una clínica ambulatoria o en otro entorno ambulatorio, o bien durante una cirugía ambulatoria.
- Si no se surten sus recetas cuando se declara el estado de catástrofe a nivel estatal o federal, o bien durante alguna otra emergencia de salud pública por la que debe ser evacuado o abandonar su área de servicio o lugar de residencia.

Las recetas que se surten fuera de la red pueden estar limitadas a un suministro para 10 días del medicamento.

Tenga en cuenta que nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si debe recurrir a una farmacia fuera de la red, generalmente, tendrá que pagar el costo total (en vez del costo compartido habitual) cuando adquiera sus medicamentos con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan, consulte la sección 2 del capítulo 7). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que abona por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la *Lista de medicamentos del plan*

Sección 3.1 En la *Lista de medicamentos* se indican los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos *Lista de medicamentos***.

Los medicamentos de dicha lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La *Lista de medicamentos* solo muestra aquellos cubiertos por Medicare Parte D.

Por lo general, cubrimos un medicamento que está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, siempre que usted siga las reglas de cobertura que se explican en este capítulo y siempre que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. El término “indicación médicamente aceptada” se refiere al uso de un medicamento que cumple con *alguno* de los siguientes criterios:

- La FDA lo aprobó para el diagnóstico y la afección para los que se indicó.
- Está respaldado por ciertos documentos de referencia, como *American Hospital Formulary Service Drug Information* y *Micromedex DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX de Micromedex).

En la *Lista de medicamentos*, se incluyen medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir alternativas biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Cuando en la *Lista de medicamentos* se hace referencia a “medicamentos”, puede tratarse de un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan “biosimilares”. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan del mismo modo que un medicamento de marca o producto biológico original, pero su costo es menor. Existen medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, conforme a las leyes estatales, pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos de marca pueden reemplazarse por medicamentos genéricos.

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los distintos tipos de medicamentos que pueden figurar en la *Lista de medicamentos*.

Medicamentos que no figuran en la *Lista de medicamentos*

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no le permite a ningún plan de Medicare que cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento específico en la *Lista de medicamentos*.
- En algunas circunstancias, es posible que obtenga un medicamento que no figura en la *Lista de medicamentos*. (Para obtener más información, consulte el capítulo 9).

Sección 3.2 Existen seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se encuentra en alguno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será su parte del costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos**
Incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos**
Incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos**
Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos**
Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.
- **Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de especialidad**
Incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana.
- **Nivel 6 de costo compartido: medicamentos seleccionados**
Incluye medicamentos genéricos seleccionados para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol elevado.

Para saber el nivel de costo compartido en que está su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se describe en el capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la *Lista de medicamentos*

Para averiguar si un medicamento figura en nuestra *Lista de medicamentos*, tiene estas opciones:

- Visite el sitio web de nuestro plan (sharpmedicareadvantage.com/druglist). La *Lista de medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para averiguar si un determinado medicamento figura en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o para solicitar una copia de dicha lista.
- Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (herramienta de beneficios en tiempo real) del plan (iniciando sesión en su cuenta de www.Caremark.com) para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos*, acceder a un cálculo aproximado de lo que pagará y saber si en dicha lista hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen algunas reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para promover que usted y su proveedor usen los medicamentos del modo más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de medicamentos*.

Las reglas del plan están diseñadas para que, cuando un medicamento seguro de menor costo funcione médicamente del mismo modo que un medicamento de costo más alto, usted y su proveedor utilicen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que puede ocurrir que un medicamento figure más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento indicado por el proveedor de atención de salud y, probablemente, rijan diferentes restricciones o montos de costo compartido a las diversas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una dosis frente a dos dosis diarias; comprimidos frente a jarabe).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existen restricciones para su medicamento, generalmente, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos ese medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para conocer lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que no apliquemos la restricción en su caso, deberá iniciar el proceso de decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Decidiremos si aplicar la restricción o no. (Consulte el capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan sobre la base de determinados criterios antes de que accedamos a cubrir el medicamento. Esto se

denomina **autorización previa**. Se pide para garantizar la seguridad de la medicación y servir de guía para el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o ingresando en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/priorauth.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, nuestro plan puede pedirle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto primero se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o ingresando en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/steptherapy.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, ponemos límites a la cantidad que puede obtener cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si por lo general se considera seguro tomar solamente una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que desearía que tuviese

Hay situaciones en las que algún medicamento con receta que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no está en nuestra *Lista de medicamentos* o tiene ciertas restricciones. Por ejemplo:

- Puede ser que el medicamento no esté cubierto. O tal vez esté cubierta una versión genérica de este, pero la versión del medicamento de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
- Se cubre el medicamento, pero se aplican reglas o restricciones adicionales a su cobertura.
- El medicamento tiene cobertura, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que sea más costoso de lo que usted piensa que debería ser.

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que usted cree que debería ser, consulte la sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la *Lista de medicamentos* o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.

- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que no lo restrinja.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal del medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura.

A fin de ser elegible para obtener un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar incluido en la *Lista de medicamentos del plan* O debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para 30 días como máximo. Si su receta indica menos días, le permitiremos obtener el medicamento varias veces hasta cubrir un suministro para 30 días como máximo. Debe adquirir el medicamento con receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de un centro de atención a largo plazo brinde los medicamentos en pequeñas cantidades por vez para evitar su derroche).
- **Para aquellos que hayan sido miembros del plan durante más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro inmediatamente:**
Cubriremos un suministro de un medicamento en particular para 34 días, o menos si en su receta se indican menos días. Esto se agrega al suministro temporal que se mencionó anteriormente.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Mientras utiliza el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer una vez que dicho suministro se termine. Tiene dos formas de hacerlo:

Opción 1: Puede cambiar de medicamento

Pregúntele a su proveedor si existe en el plan un medicamento cubierto diferente que pueda ser igual de eficaz para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que tal vez funcione para usted.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que se haga una excepción y que se cubra el medicamento de la manera que usted quisiera. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarlo a solicitarnos una. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la *Lista de medicamentos* del plan. También puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del *Formulario* o se restringirá de alguna forma para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes de que comience el año nuevo. Puede solicitar una excepción antes de que comience el próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona autorizada para recetar). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 se explica qué se debe hacer. Además, se indican los procedimientos y las fechas límite definidos por Medicare para asegurarse de que su pedido reciba el tratamiento apropiado en el tiempo correspondiente.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

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

Puede cambiar de medicamento

Si considera que su medicamento está en un nivel de costo compartido demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que pueda servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que tal vez funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar en el plan que se haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento, de manera que usted pague menos por dicho medicamento. Si su proveedor sostiene que existen razones médicas que justifican pedirle al plan una excepción, este puede ayudarlo a solicitar la excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9 se explica qué se debe hacer. Además, se indican los procedimientos y las fechas límite definidos por Medicare para asegurarse de que su pedido reciba el tratamiento apropiado en el tiempo correspondiente.

Los medicamentos del nivel 5 (medicamentos de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos que se encuentran en ese nivel.

SECCIÓN 6 La *Lista de medicamentos* puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, en el plan se pueden hacer algunos cambios en la *Lista de medicamentos*. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

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

Antes de modificar la *Lista de medicamentos* del plan, debemos cumplir con los requisitos de Medicare.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la *Lista de medicamentos*, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizaremos nuestra *Lista de medicamentos* en línea de forma regular. En ocasiones, recibirá un aviso directo si los cambios incidieran en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la *Lista de medicamentos* y quitar inmediatamente un medicamento similar de la *Lista de medicamentos* o realizarle algún cambio.**
 - Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a la *Lista de medicamentos*, es posible que quitemos inmediatamente un medicamento similar de la *Lista de medicamentos*, o bien que lo movamos a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos nuevas restricciones, o ambas. La nueva versión del medicamento figurará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que estaba incluido en la *Lista de medicamentos*.
 - Es posible que hagamos estos cambios de forma inmediata y se lo informemos más adelante, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o al que le realizamos cambios. Si usted está tomando el medicamento similar cuando

realizamos el cambio, le informaremos cualquier modificación específica que hayamos hecho.

- **Agregar nuevos medicamentos a la *Lista de medicamentos* y quitar un medicamento similar de la *Lista de medicamentos* o realizarle algún cambio.**
 - Cuando agregamos otra versión de un medicamento a la *Lista de medicamentos*, es posible que quitemos un medicamento similar de la *Lista de medicamentos*, o bien que lo movamos a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos nuevas restricciones, o ambas. La nueva versión del medicamento figurará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que estaba incluido en la *Lista de medicamentos*.
 - Le avisaremos sobre el cambio con 30 días de anticipación como mínimo, o bien le informaremos el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que usted toma.
- **Quitar medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la *Lista de medicamentos* que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de la *Lista de medicamentos* inmediatamente. Si usted toma ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios de medicamentos en la *Lista de medicamentos*.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez iniciado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos efectuar cambios basados en los recuadros de advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o en nuevas pautas clínicas reconocidas en Medicare.
 - Le avisaremos sobre estos cambios con 30 días de anticipación como mínimo, o bien le informaremos el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que usted toma.

Si realizamos cambios a cualquier medicamento que usted toma, hable con la persona autorizada para recetar sobre las mejores opciones en su caso. Por ejemplo, podrían usar un medicamento diferente para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones aplicadas al medicamento que toma. Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el presente año del plan

Es posible que hagamos algunos cambios en la *Lista de medicamentos* que no fueron descritos anteriormente. De ser así, el cambio no se aplicará a su caso si usted está tomando el medicamento cuando se realiza la modificación. Sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

Generalmente, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan en curso son los siguientes:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si establecemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la *Lista de medicamentos*.

Si se produce alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente.

No le informaremos de este tipo de cambios de manera directa durante el año del plan en curso. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo impactarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. “Excluidos” significa que Medicare no los paga.

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos por su cuenta. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9).

Aquí se explican tres reglas generales sobre los medicamentos que no se cubren en los planes de medicamentos de Medicare conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir un uso *no indicado* de un medicamento cuando no se encuentra respaldado por ciertos documentos de referencia, como *American Hospital Formulary Service Drug Information* y *Micromedex DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX de Micromedex). El uso *no indicado* en la etiqueta es todo uso

del medicamento distinto de aquellos indicados en la etiqueta que fueron aprobados por la FDA.

Además, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas a través de los planes de medicamentos de Medicare, según lo establece la ley:

- Medicamentos sin receta (también llamados “medicamentos de venta libre”).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, para bajar de peso o para aumentar de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se contraten pruebas o servicios de control producidos únicamente por él, como condición de venta.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, este programa no pagará los medicamentos que normalmente no se encuentran cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para saber qué cobertura de medicamentos está 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 adquirir un medicamento

Para adquirir sus medicamentos con receta, debe brindar la información de miembro (que figura en su tarjeta de membrecía) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte de *su* costo de los medicamentos. Usted debe pagar a la farmacia su parte del costo cuando los retire.

Si no tiene su información de miembro del plan, usted o el farmacéutico pueden comunicarse con el plan para obtener la información; o bien puede solicitarle al farmacéutico que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento al retirarlo**. Luego, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para saber cómo pedirle un reembolso al plan.

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

Sección 9.1 Si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan

Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante dicha internación. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre que dichos medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Si reside en un centro de atención a largo plazo

Generalmente, los centros de atención a largo plazo (LTC), como los asilos de ancianos, cuentan con su propia farmacia o utilizan alguna que suministre los medicamentos para todos sus pacientes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* (sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy) para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo o la que este utiliza forman parte de nuestra red. Si no es así, o necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en uno de estos centros, debemos asegurarnos de que reciba habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está restringido de alguna manera, consulte la sección 5 para saber cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos a través de un plan de grupo de empleador o jubilación

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de un grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese **con el administrador de beneficios de ese grupo**. Así podrá ayudarlo a entender cómo funcionará la cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de un grupo de empleador o jubilación, la cobertura de medicamentos que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Todos los años, desde el plan de grupo de su empleador o de jubilación deberán enviarle un aviso para informarle si la cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos de la que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Conserve estos avisos sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilación, o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare

El centro para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas o la ansiedad, laxantes o analgésicos) que no estén cubiertos en su centro para enfermos terminales porque no se vinculan con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, antes de poder cubrir el medicamento, en nuestro plan deben recibir una notificación de parte de un proveedor del centro para enfermos terminales o de la persona autorizada para recetar en la que se especifique que el medicamento no está relacionado. Para evitar demoras a la hora de obtener estos medicamentos que deberían estar cubiertos en el plan, pídale al proveedor de su centro para enfermos terminales o a la persona autorizada para recetar que lo notifiquen antes de surtir la receta médica.

Si usted decide cancelar su elección de centro para enfermos terminales o si recibe el alta del centro, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando su beneficio en un centro para enfermos terminales de Medicare finaliza, presente la documentación en la farmacia para verificar su alta o cancelación.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Revisamos el uso de los medicamentos de nuestros miembros con el fin de garantizar que reciban una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que usted adquiere un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estos controles, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en la medicación.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.

- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) del medicamento que toma.
- Cantidades no seguras de opioides para tratar el dolor.

Si notamos un posible problema en el uso que hace de la medicación, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a los miembros a usar de manera segura medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa. Se trata del Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de distintas farmacias o personas autorizadas para recetar, o si tuvo una sobredosis hace poco, es posible que nos comuniquemos con las personas autorizadas para recetar para asegurarnos de que el uso de estos medicamentos sea adecuado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con las personas autorizadas para recetar, que su uso de los medicamentos opioides o las benzodiacepinas con receta puede no ser seguro, es posible que limitemos las maneras en que obtiene dichos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas personas autorizadas para recetar.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos.

Si planeamos limitar las maneras en las que puede adquirir estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta informativa de manera anticipada. En la carta se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso o si se le requerirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solamente de una farmacia o persona autorizada para recetar en particular. Usted podrá decirnos qué farmacias o personas autorizadas para recetar prefiere y brindarnos cualquier otro tipo de información que considere que debemos conocer. Una vez que haya podido responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la restricción. Si cree que cometimos un error o está en desacuerdo con la limitación o con nuestra decisión, usted o la persona autorizada para recetar tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, analizaremos su caso y tomaremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente externo al plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No lo incluiremos en el DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes; si recibe atención en un centro para enfermos

terminales, atención paliativa o para el final de la vida; o si reside en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 El Programa de Administración de Terapia con Medicamentos ayuda a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros que tienen necesidades complejas relacionadas con la atención de salud. Nuestro programa se denomina programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de costos de medicamentos, o que participan en el DMP para usar los opioides de manera segura podrían recibir servicios a través del programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud realizarán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar con ellos sobre sus medicamentos, sus costos o cualquier otro problema o inquietud que tenga sobre sus medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, cuándo los toma y el motivo por el cual lo hace. Además, los miembros que participan en el programa de MTM recibirán información sobre cómo deshacerse de manera segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Cada vez que vaya a una cita médica, visite una farmacia o consulte con sus médicos u otros proveedores de atención de salud, tenga a mano el resumen. Lleve siempre con usted su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba acudir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, háganoslo saber y lo daremos de baja. Si tiene preguntas acerca de estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

Si está inscrito en un programa para recibir ayuda con el pago de sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no le corresponda**. Le enviamos un documento independiente que se llama *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional de Subvención por Bajos Ingresos* o *Cláusula adicional LIS*). En este documento, encontrará información sobre la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS.

En este capítulo, usamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare conforme a la ley.

Para comprender la información sobre pagos, debe conocer qué medicamentos se cubren, dónde adquirir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. En el capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando use la herramienta del plan “Real-Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de los medicamentos (www.Caremark.com), el costo que observe muestra un cálculo aproximado de los costos de desembolso que se espera que usted pague. También puede obtener información de la herramienta “Real-Time Benefit Tool” si llama a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos cubiertos

Hay tres tipos diferentes de costos de desembolso para medicamentos de la Parte D cubiertos que tal vez le solicitemos que pague:

- **El deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **El copago** es el monto fijo que paga cada vez que adquiere un medicamento con receta.
- **El coseguro** es el porcentaje del costo total del medicamento con receta que paga cada vez que adquiere uno.

Sección 1.2 Cómo se calculan en Medicare sus costos de desembolso

En Medicare hay reglas relacionadas con lo que se tiene y no se tiene en cuenta para sus costos de desembolso. Estas son reglas que debemos seguir cuando llevamos el registro de sus costos de desembolso.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso

Los costos de desembolso **incluyen** los pagos enumerados a continuación (siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial.
- Todo pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Todo pago que un familiar o amigo haya hecho por sus medicamentos.
- Todo pago de medicamentos efectuado a través del programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de un empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida y la mayoría de las organizaciones de beneficencia.

Cómo pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en costos de desembolso dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de desembolso

Los costos de desembolso **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan.
- Los medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que usted obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan con respecto a la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas con cobertura de la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el Gobierno, como TRICARE y la Administración de Asuntos de Veteranos (VA).

- Los pagos de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, seguro del trabajador).
- Los pagos efectuados por fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

Recuerde: Si cualquier otra organización, como aquellas enumeradas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso por los medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Cómo llevar un registro de sus costos de desembolso

- En la *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB)* que recibió, se incluye el monto actual total de sus costos de desembolso. Cuando este monto alcance los \$2,100, en la *EOB de la Parte D* le notificaremos que ha dejado la etapa de cobertura inicial y que ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Consulte la sección 3.1, para saber lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que usted gasta estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Existen **tres etapas de pago de medicamentos** para la cobertura de medicamentos según Sharp Direct Advantage Basic (HMO). El monto que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de adquirir un medicamento con receta por primera vez o de reponerlo. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Estas son las etapas:

- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra usted

En nuestro plan, se lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando adquiere un medicamento con receta en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Costos de desembolso:** esto corresponde a cuánto usted pagó. Incluye lo que paga cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos

efectuado por familiares o amigos, y cualquier pago de sus medicamentos a través de los siguientes: el programa Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud de un empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, las organizaciones de beneficencia y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Si adquirió uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **La información de ese mes.** Este informe brinda los detalles de pago de los medicamentos con receta que adquirió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Los costos totales del año desde el 1.º de enero.** Se muestran los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Se muestran los precios totales de los medicamentos e información sobre cambios en el precio a partir de su primera adquisición por cada reclamo medicamentos con receta por la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Se incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles en relación con cada reclamo de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar el registro de los costos y de los pagos que usted hace por sus medicamentos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que adquiera un medicamento con receta.** Al hacer esto, nos ayuda a asegurarnos de que tengamos conocimiento de los medicamentos con receta que adquiere y del monto que paga.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Puede ocurrir que usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, nosotros no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a llevar este registro, entréguenos copias de los recibos. **Estos son ejemplos de las circunstancias en las que debe entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio del plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través de un programa de asistencia a pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo. En la sección 2 del capítulo 7, se explica cómo hacerlo.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hayan realizado en su nombre.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus costos de desembolso. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones de beneficencia se tienen en cuenta para calcular los costos de desembolso. Lleve un registro de esos pagos y envíenoslo. De esta manera, nosotros también podremos tener un registro de sus costos.
 - **Controle el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que la información está incompleta o si tiene alguna pregunta, llame al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si eligió recibir la *EOB de la Parte D* de manera electrónica, puede consultarla en línea, en www.Caremark.com. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).

Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando adquiere su medicamento con receta por primera vez en el año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre la cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de la farmacia donde lo adquiera

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo del medicamento cubierto y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). La parte del costo que le corresponde a usted varía según el medicamento y el lugar donde lo adquiera.

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se encuentra en alguno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su proporción del costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos**
Incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos**
Incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos**
Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan.
- **Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos**
Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.
- **Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de especialidad**
Incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana. En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan.
- **Nivel 6 de costo compartido: medicamentos seleccionados**
Incluye medicamentos genéricos seleccionados para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol elevado.

Para saber el nivel de costo compartido en que está su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de la farmacia donde lo obtenga:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Solo cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en farmacias fuera de la red en limitadas situaciones. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber en qué circunstancias cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en farmacias fuera de la red.
- La farmacia del plan que ofrece el servicio de encargo por correo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo adquirir sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* (sharphealthplan.com/SDApharmacysearch) del plan.

Sección 5.2 Sus costos del suministro de un medicamento cubierto para un mes

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

El monto de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Sus costos del suministro de un medicamento cubierto por la Parte D para *un mes*

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de encargo por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido fuera de la red (suministro para hasta 30 días) (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles).
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$2.	Copago de \$2.	Copago de \$2.	Copago de \$2.
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$6.	Copago de \$6.	Copago de \$6.	Copago de \$6.
Costo compartido del nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$40.	Copago de \$40.	Copago de \$40.	Copago de \$40.
Costo compartido del nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$90.	Copago de \$90.	Copago de \$90.	Copago de \$90.
Costo compartido del nivel 5 (medicamentos de especialidad)	33 % del costo.	33 % del costo.	33 % del costo.	33 % del costo.

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio de encargo por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (suministro para hasta 34 días)	Costo compartido fuera de la red (suministro para hasta 30 días) (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles).
Costo compartido del nivel 6 (medicamentos seleccionados)	Copago de \$0.	Copago de \$0.	Copago de \$0.	Copago de \$0.

No deberá pagar más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó el deducible.

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre un suministro para un mes completo. En ciertas ocasiones, usted o su médico podrían querer menos que un suministro para un mes de determinado medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, el suministro de su medicamento para menos de un mes, así podrá planificar mejor las fechas de reposición.

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

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se calcula según el costo total del medicamento, su costo será más bajo porque el costo total del medicamento será más bajo.
- Si le corresponde un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días por la que recibe dicho medicamento en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que usted

paga por día por el medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la multiplicamos por la cantidad de días por la que recibe dicho medicamento.

Sección 5.4 Sus costos para el suministro de un medicamento *a largo plazo* (100 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

Puede obtener el suministro de algunos medicamentos a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”). Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días.

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

Sus costos para el suministro *a largo plazo* (máximo de 100 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido del servicio de encargo por correo (suministro para hasta 100 días)
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$6.	Copago de \$4.
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$18.	Copago de \$12.
Costo compartido del nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$120.	Copago de \$80.
Costo compartido del nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$270.	Copago de \$180.
Costo compartido del nivel 5 (medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5.
Costo compartido del nivel 6 (medicamentos seleccionados)	Copago de \$0.	Copago de \$0.

No deberá pagar más de \$70 por un suministro para 2 meses como máximo o \$105 por un suministro para 3 meses como máximo de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó el deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso del año alcancen los \$2,100

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso totales alcancen un monto de \$2,100. Luego, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Con la *EOB de la Parte D* que recibirá, podrá llevar un registro de lo que usted pagó y de lo que pagó el plan o algún tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzan el límite de desembolso de \$2,100 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los costos de desembolso.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted pasa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso alcancen el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 7 Cuánto paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que debe pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están incluidas en la *Lista de medicamentos* del plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas por nuestro plan sin ningún costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* del plan o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se denomina “administración” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres factores:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- Puede obtener la vacuna en una farmacia o en el consultorio del médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede aplicársela en el consultorio del médico.

El monto que paga en el momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias y con la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar todo el costo, tanto el de la vacuna como el del proveedor que se la aplica. Puede solicitar que el plan le devuelva la parte del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que usted recibirá un reembolso del costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba la vacuna, pagará solo su parte del costo conforme al beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, le presentamos tres ejemplos de maneras en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Esta opción estará disponible según el lugar donde viva. En algunos estados no se permite que se apliquen ciertas vacunas en las farmacias).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia el copago de la vacuna, que incluye el costo de su aplicación.
- El plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar todo el costo, tanto el de la vacuna como el del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede solicitarle al plan que pague la parte del costo que le corresponde mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted recibirá un reembolso del monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que ha pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

Situación 3: Adquiere la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y luego se la lleva al médico para que se la aplique en el consultorio.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia el copago de la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo completo de este servicio.
- Luego, puede solicitarle al plan que pague la parte del costo que le corresponde mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted recibirá un reembolso del monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que ha pagado menos cualquier coseguro por su administración.

CAPÍTULO 7:

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

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

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o adquiera un medicamento con receta, deberá pagar el costo total. Otras veces, puede considerar que pagó más de lo previsto de acuerdo con las reglas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar que le devolvamos el dinero (que se lo reembolsemos). Usted tiene derecho a recibir un reembolso del plan, siempre que haya pagado más de su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir ciertos plazos para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede ocurrir que un proveedor le facture el costo total de la atención médica que recibió o más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el pago de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben recibir cobertura. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor está contratado, aun así tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede solicitar que el plan le devuelva el dinero o pague una factura que recibió:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de parte de un proveedor que no pertenece a la red del plan.

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de urgencia o de emergencia de cualquier proveedor, sea el proveedor parte de nuestra red o no. En estos casos:

- Le corresponde pagar únicamente su parte del costo por los servicios de urgencia o de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia están obligados legalmente a brindar atención de emergencia.
- Si paga el monto total usted mismo en el momento en el que recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura de un proveedor que le solicita que pague algo que usted cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de todos los pagos que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le correspondía del costo por el servicio, analizaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y solicitarle a usted solo su parte del costo. Pero, algunas veces, cometen errores y le solicitan que pague más que la parte que le corresponde.

- Solo debe pagar su monto de costo compartido al recibir servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos independientes adicionales, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección (que impide que los miembros paguen más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por el servicio, incluso en caso de que surja una controversia y dejemos de pagar ciertos cargos al proveedor.
- Siempre que reciba una factura de parte de un proveedor de la red y crea que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado de más, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el costo que usted pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Cuando se haya inscrito en el plan de forma retroactiva.

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

Si usted se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó algún servicio o medicamento cubierto de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos encargarnos del reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para adquirir sus medicamentos con receta.

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no nos pueda enviar la solicitud de pago directamente. Cuando ocurra eso, tendrá que pagar el costo total de sus medicamentos.

Guarde el recibo y envíenos una copia para que le reintegremos la parte del costo que nos corresponde pagar. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener más información sobre esas circunstancias, consulte la sección 2.5 del capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que abona por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan.

Si no lleva consigo la tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información sobre su inscripción en nuestro plan. Si en la farmacia no logran obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia para que le reintegremos la parte del costo que nos corresponde pagar. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

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

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

- Por ejemplo, quizá el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos* del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no debe aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo completo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida un reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de parte de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina **decisión de cobertura**. Si decidimos que el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos, pagaremos nuestra parte del costo. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o paguemos una factura que recibió

Para pedirnos que le devolvamos el dinero, puede llamarnos o enviarnos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, incluya la factura y la documentación de todos los pagos que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de sus facturas y recibos a modo de

registro. **Debe presentarnos su reclamo en el plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de habernos brindado toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo a fin de realizar su solicitud de pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources) o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para solicitarlo.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagos a la siguiente dirección:

Por medicamentos con receta de Medicare Parte D:

Attn: Medicare Part D Paper Claim - CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Por atención médica:

Sharp Health Plan
Attn: Claims Research
8520 Tech Way, Ste. 200
San Diego, CA 92123

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted siguió todas las reglas, le pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo no puede ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si compró un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por el medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si no ha pagado aún el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no enviaremos el pago y su derecho a apelar dicha decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o que el monto que decidimos pagar no es el correcto, puede apelar. Si decide hacerlo, significa que usted nos solicita

que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados dentro de plazos que deben cumplirse. Si quiere obtener detalles sobre cómo apelar, consulte el capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural

Sección 1.1 Debemos brindar información en un formato que sea adecuado para usted y que sea coherente con su sensibilidad cultural (en español y en letra grande)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o incapacidad auditiva, o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Estos son algunos ejemplos de cómo el plan cumple estos requisitos de accesibilidad, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión a servicios de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. *El plan también puede brindarle material escrito en español.* Además, podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo, si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan de la manera más accesible y adecuada para usted. Para recibir información en el formato más conveniente, llame a Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para obtener servicios de atención de salud preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay especialistas disponibles en la red del plan, tenemos la responsabilidad de encontrar especialistas fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para recibir dicho servicio con el mismo costo compartido que pagaría dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestra parte en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711), para tramitar una reclamación. También puede presentar una queja a Medicare por teléfono, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (Spanish and large print)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Our plan can also provide written material in Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Care at 1-855-562-8853 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with our Customer Care at 1-855-562-8853 (TTY users call 711). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga acceso a sus servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria que pertenezca a la red del plan para que le brinde y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista de salud de la mujer (como un ginecólogo) sin remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de parte de los proveedores de la red del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios de manera oportuna de parte de especialistas cuando necesita la atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta una o más veces en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si considera que no le están brindando la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el capítulo 9 se indica qué puede hacer.

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

La legislación federal y estatal protege la privacidad de sus registros médicos y de la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo requieren estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos brindó en el momento de inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control del uso de su información de salud. Le entregamos una notificación por escrito, denominada *Aviso de prácticas de privacidad*, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas sin autorización no puedan consultar ni modificar sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de brindar su información de salud a alguien que no le proporciona atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de obtener primero su autorización por escrito o la de cualquier persona a la que le haya otorgado un poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen algunas situaciones en las cuales no tenemos la obligación de obtener primero su autorización por escrito. Estas excepciones se permiten o se exigen por ley.
 - Se nos exige entregar información de salud a organismos gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige entregar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga esta información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales. Por lo general, con esto se exige que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Usted puede tener acceso a la información de sus registros y saber cómo se ha compartido dicha información con terceros

Tiene derecho a acceder a sus registros médicos en nuestro plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. De ser así, analizaremos su solicitud con su proveedor de atención de salud y decidiremos si dichos cambios deben realizarse.

Asimismo, tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro del plan, tiene derecho a que le brindemos diferentes tipos de información.

Si quiere que le brindemos alguno de los diferentes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizarla.** 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 de la Parte D.
- **Información sobre por qué un servicio o un medicamento no tienen cobertura y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9, se brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de los motivos por los que un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tienen cobertura o si su cobertura está restringida. En el capítulo 9, también le explicamos cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que se conoce como “apelación”.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones relacionadas con su atención de salud

Tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Además, tiene derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención de salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el más adecuado para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a recibir toda la información relacionada con las opciones de tratamiento recomendables para su afección, independientemente de su costo o de la cobertura que le brinda el plan. Esto también incluye información relacionada con los programas que ofrece el plan para ayudar a los miembros a administrar y utilizar los medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a recibir información relacionada con los riesgos que implica su atención. Deben informarle con anticipación si cualquier atención o tratamiento

médico propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que pueda sucederle a su organismo como consecuencia de tal acción.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de no poder tomar decisiones por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones relacionadas con la atención de salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que quiere que suceda si se encuentra en esa situación. Esto significa que, *si quiere*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que usted no pueda hacerlo.
- **Entregar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica en caso de que usted no esté en condiciones de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar indicaciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos llamados **Testamento vital** y **Poder legal para atención de salud** son algunos ejemplos de estas instrucciones anticipadas.

Cómo tener una instrucción anticipada para dar indicaciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede solicitar un formulario de instrucciones anticipadas a su abogado, a un trabajador social o en ciertas tiendas de suministros para oficina. A veces, pueden obtenerse formularios de instrucción anticipada de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga el formulario, se trata de un documento legal. Es aconsejable contar con la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue una copia del formulario a las personas que correspondan.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el documento como responsable de tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. También puede entregar una copia a amigos o a miembros de su familia. Guarde otra copia en su hogar.

Si sabe con antelación que deberá ser hospitalizado y firmó un formulario de instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.

- Si no lo ha hecho, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si quiere firmar uno cuando esté en el hospital). Según se establece por ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las indicaciones estipuladas en este, puede presentar una queja a Livanta, LLC BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701; teléfono: 1-877-588-1123.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene inconvenientes, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, consulte qué hacer en el capítulo 9 de este documento. Cualquiera sea la medida que tome, ya sea solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja, **debemos tratarlo de forma justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que recibe un trato injusto o que no se respetan sus derechos?

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

Si cree que no recibió un trato justo o que no se respetaron sus derechos, y no se trata de una cuestión de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema:

- **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).**
- **Comuníquese con el SHIP local** (Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California) al 1-858-565-1392 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).
- **Comuníquese con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos aquí:

- **Comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).**

- **Comuníquese con el SHIP local** (Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California) al 1-858-565-1392 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).
- **Comuníquese con Medicare:**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (*Sus derechos y protecciones de Medicare*), disponible en www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.
 - Comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro del plan

A continuación, le indicamos qué debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto con su plan y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - En los capítulos 5 y 6, se brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si cuenta con otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos aparte de la nuestra, debe informarnos al respecto.** En el capítulo 1, se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Infórmeles a su médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía del plan en el momento de obtener atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para que puedan ayudarlo. Bríndeles información, hágales preguntas y siga las instrucciones relacionadas con su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de atención de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acordó con sus médicos.
 - Recuerde informarles sobre todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos, las vitaminas y los suplementos de venta libre.
 - Si tiene alguna duda, pregunte y asegúrese de entender la respuesta.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que facilite el buen funcionamiento del consultorio de su médico, del hospital y de otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B para permanecer como miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento.
 - Si adeuda una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.
 - Si debe pagar un monto extra por la cobertura de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagándolo directamente al Gobierno para continuar siendo miembro nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro.**
- **Si se muda, infórmese al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procedimientos para resolver problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe seguir el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe seguir el **proceso de presentación de quejas** (también llamadas “reclamaciones”).

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información incluida en este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que se debe implementar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas desconocen muchos de estos términos. Para simplificar, en este capítulo se usa un vocabulario sencillo, en lugar de ciertos términos legales.

Sin embargo, es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales al explicar cómo resolver determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Aunque tenga una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Para solicitar ayuda, debe comunicarse siempre con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). En algunas situaciones, quizá también sea aconsejable obtener ayuda o asistencia de alguien que no esté relacionado con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este

programa pueden ayudarlo a comprender qué procedimiento debe seguir para resolver su problema. Le responderán sus preguntas, le brindarán más información y lo orientarán sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del HICAP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección del sitio web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye dudas sobre la cobertura de la atención médica (artículos y servicios médicos o medicamentos de la Parte B), la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con su pago.

Sí.

Consulte la **sección 4: “Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Consulte la **sección 10: “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes”**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se aplican en caso de problemas sobre los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, utilizaremos generalmente la expresión **atención médica**, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos de Medicare Parte B. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones relacionadas con, por ejemplo, determinar si un beneficio está cubierto y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con el monto que pagaremos por su

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro 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 usted o el médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o bien en la *Evidencia de cobertura* se deje en claro que el servicio de remisión jamás y bajo ninguna circunstancia está cubierto. Además, usted o su médico pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre la cobertura de un servicio médico específico o si se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, desestimaremos la solicitud de una decisión de cobertura, es decir, no la revisaremos. Por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si la persona que la presenta en su nombre no está legalmente autorizada para hacerlo o si usted pide que no se continúe con el proceso, la desestimaremos. Si esto sucede, le enviaremos un aviso explicándole por qué lo hicimos y cómo puede solicitar que se revise la decisión tomada.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. Sin embargo, en algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no tiene cobertura o ha dejado de tenerla. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura con la que usted no está satisfecho, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Los revisores de su apelación no son las mismas personas que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, el procedimiento se denomina “apelación de nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura tomada para verificar si cumplimos con las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, desestimaremos la apelación de nivel 1, es decir, no la revisaremos. Por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si la persona que la presenta en su nombre no está legalmente autorizada para hacerlo o si usted pide que no se continúe con el proceso, la desestimaremos. Si esto sucede, le enviaremos un aviso explicándole por qué lo hicimos y cómo puede solicitar que se revise la decisión tomada.

Si rechazamos por completo o en parte su apelación de nivel 1 para recibir atención médica, dicha apelación automáticamente pasará al nivel 2 y será revisada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos su apelación por atención médica al nivel 2 de forma automática si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de nivel 1.

- Para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 por atención médica, consulte la **sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones relacionadas con la Parte D se analizan más adelante en la sección 6.

Si no está conforme con la decisión sobre la apelación de nivel 2, puede continuar apelando a través de otros niveles de apelación. (En este capítulo, se explican los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son los recursos disponibles si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda a presentar una apelación después del nivel 2, deberá designar a su médico como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de designación de representante. (También puede encontrarlo en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.sharpmedicareadvantage.com).
- Si se trata de atención médica o de medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el nivel 1, la enviaremos automáticamente al nivel 2.
- Si se trata de medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para recetar 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 una persona autorizada para recetar pueden solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que sea su representante y pida una decisión de cobertura o presente una apelación.
- Si quiere que un amigo, un familiar o cualquier otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de designación de representante. (También puede encontrarlo en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, www.sharpmedicareadvantage.com). Este formulario le otorga permiso a una persona para que actúe en su nombre. Dicho formulario debe estar firmado por

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

usted y por la persona que quiere que lo represente. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin haber recibido el formulario, no podemos completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito para explicarle su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o pedir uno a través de la asociación de abogados local o de otro servicio de referencias. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. No obstante, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir ninguna clase de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes en las que se toman decisiones de cobertura y se presentan apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Le brindamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6:** “Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7:** “Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto”.
- **Sección 8:** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura finaliza demasiado pronto”. (*Se aplica solo a los siguientes servicios: atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria*).

Si no está seguro de qué información corresponde en su caso, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). También puede recibir ayuda e información del SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de la atención que recibe

Sus beneficios de atención médica se describen en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de medicamentos de la Parte B. En

esos casos, le explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones que aparecen a continuación:

1. No recibe cierta atención médica que quiere y cree que está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura (sección 5.2).**
2. Nuestro plan se niega a aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted cree que está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura (sección 5.2).**
3. Ha recibido atención médica que cree que debe estar cubierta por el plan, pero nos negamos a pagarla. **Presente una apelación (sección 5.3).**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que debe estar cubierta por nuestro plan, y quiere solicitarle al plan que le reembolse el pago de esta atención. **Envíenos la factura (sección 5.5).**
5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que nosotros aprobamos previamente, será reducida o interrumpida, y cree que esto puede perjudicar su salud. **Presente una apelación (sección 5.3).**

Nota: Si la cobertura que será interrumpida es por atención en hospital, atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria, consulte las secciones 7 y 8. Estos tipos de atención tienen reglas especiales.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de 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 usualmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, dentro de los 14 días calendario para el resto de los artículos o servicios médicos, o dentro de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida, por lo general, se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Usted *solamente puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no presentar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya fueron recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* cuando el uso de los plazos estándares puede causar daños graves a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión de tales características. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:

- Explicarle que usaremos los plazos estándares.
- Informarle que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.
- Indicarle cómo puede presentar una queja rápida si tomamos una decisión de cobertura estándar, en lugar de la rápida que usted solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Primero, llámenos, notifíquenos por escrito o envíenos un fax para solicitarnos la autorización o cobertura de la atención médica que quiere. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Consideraremos su pedido de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

En el caso de las decisiones de cobertura estándares, utilizamos los plazos estándares.

Esto implica que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario de haber recibido su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a las reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico no está sujeto a dichas reglas, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud. Si solicita medicamentos de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si utilizamos esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita medicamentos de la Parte B, no podemos extender el plazo para tomar una decisión.

- Si usted cree que *no deberíamos* utilizar esos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta sobre su queja apenas tomemos una decisión. (El proceso para presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 para obtener más información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas si solicita artículos o servicios médicos. Si solicita medicamentos de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si utilizamos esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita medicamentos de la Parte B, no podemos extender el plazo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no deberíamos* utilizar esos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la sección 10 para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos no bien tomemos una decisión.
- Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa, le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión. Para ello, debe presentar una apelación. Esto significa volver a solicitar que se le brinde la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que su apelación ingresa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan con respecto a una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar usualmente se resuelve en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida, por lo general, se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos con respecto a la cobertura de atención, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la brindaremos.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la sección 5.2.

Paso 2: Solicite al plan una apelación o apelación rápida.

- **Si pide una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si pide una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos con nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si incumple con este plazo, pero tiene un motivo justificado para haberlo hecho, explíquenos la razón de la demora cuando presente la apelación. Podemos darle más tiempo para apelar. Un ejemplo de un motivo justificado podría ser que no pudo comunicarse con nosotros debido a una enfermedad grave o que le brindamos información errónea o incompleta en relación con el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con la decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- En el momento de revisar su apelación, analizamos de forma minuciosa toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud.
- De ser necesario, recopilaremos más información. Para ello, nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si utilizamos esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita medicamentos de la Parte B, no podemos extender el plazo.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el período extendido, si es que utilizamos los días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.

- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Desde la organización de revisión independiente le notificarán por escrito cuando reciban su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud. Si su solicitud es para medicamentos de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación. Se la daremos antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si utilizamos esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita medicamentos de la Parte B, no podemos extender el plazo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que no deberíamos utilizar esos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, la responderemos dentro de las 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2 para que la revise una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es de artículos o servicios médicos, o **dentro de los 7 días calendario** si solicita un medicamento de la Parte B.
- **Si la respuesta de nuestro plan a su apelación es parcial o totalmente negativa**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Nivel 2 del proceso de apelaciones

Término legal:

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es **entidad de revisión independiente**. En ocasiones, se abrevia **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una institución externa contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

- En el caso de las apelaciones rápidas, a través de la organización de revisión independiente, se le debe otorgar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si solicitó artículos o servicios médicos y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **se dispone de un máximo de 14 días calendario más**. Cuando solicita medicamentos de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede extender el plazo para tomar una decisión.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2.

- En el caso de las apelaciones estándares, si solicitó artículos o servicios médicos, la organización de revisión independiente le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si solicitó medicamentos de la Parte B, la organización de revisión independiente le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si solicitó artículos o servicios médicos y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **se dispone de un máximo de 14 días calendario más**. Cuando solicita medicamentos de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede extender el plazo para tomar una decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente le brinda una respuesta.

A través de la organización de revisión independiente, se le comunicará la decisión por escrito y se le explicarán las razones.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de artículos o servicios médicos**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario de haber recibido la decisión tomada en la organización de revisión independiente, en el caso de las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a

partir de la fecha en que recibimos la decisión tomada en la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento dentro de las **72 horas** de haber recibido la decisión tomada en la organización independiente, en el caso de las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión tomada en la organización de revisión independiente.
- **Si la organización rechaza parcial o totalmente su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido de cobertura de atención médica (o parte de esta). (Esto se denomina **confirmación de decisión** o **denegación de apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicarle la decisión.
 - Notificarle su derecho a presentar una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un monto mínimo. En el aviso por escrito que reciba de parte de la organización de revisión independiente, se le informará el monto en dólares que debe alcanzar para poder continuar con el proceso de apelaciones.
 - Informarle cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con la apelación.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (lo que hace un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar al nivel 3 de apelación, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la sección 9 se explican los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el capítulo 7, se describe cuándo podría necesitar pedir un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se describe cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitarnos un reembolso es pedir que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, en general, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario, de haber recibido su solicitud. Si no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención médica y le explicaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el pago, **puede presentar una apelación**. Si decide hacerlo, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones incluido en la sección 5.3. En los casos de apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos solicita el reembolso de atención médica que ya recibió y pagó, no está autorizado a solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tenemos la obligación de enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier nivel del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere un reembolso de este

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para que un medicamento reciba cobertura, debe tomarlo según una indicación médicamente aceptada. (Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Si quiere más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección solo describe sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, utilizaremos generalmente el término *medicamento* en lo que resta de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto en casos ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizaremos el término *Lista de medicamentos* en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si usted cumple con las reglas, puede consultarnos. Para algunos medicamentos, se requiere que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si en su farmacia le informan que no puede adquirir su medicamento tal como se indica en la receta, le enviarán un aviso por escrito en el que se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones que aparecen a continuación:

- Solicita la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. **Solicite una excepción (sección 6.2).**
- Solicita que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede adquirir, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción (sección 6.2).**
- Solicita pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción (sección 6.2).**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura (sección 6.4).**
- Solicita el reembolso de un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos un reembolso (sección 6.4).**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se describe cómo pedir una decisión de cobertura y cómo presentar una apelación.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción****Términos legales:**

La solicitud de cobertura para un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* se denomina **excepción al Formulario**.

La solicitud de la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina **excepción al Formulario**.

La solicitud del pago de un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido se denomina **excepción al nivel de costo compartido**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted quiere, puede solicitarnos una **excepción**. Esta es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de una excepción, su médico u otra persona autorizada para recetar deberán explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe esta excepción. A continuación, encontrará tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden solicitar:

- 1. La cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*.** Si decidimos cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponda a todos nuestros medicamentos O a los medicamentos del nivel 4 en el caso de medicamentos de marca o genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que debe pagar por el medicamento.
- 2. La eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** En el capítulo 5, se describen otras reglas o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*. Si decidimos hacer una excepción y eliminar la restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que debe pagar por el medicamento.
- 3. La modificación de la cobertura de un medicamento para ubicarlo en un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en alguno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra *Lista de medicamentos* contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos por un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.

- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es genérico, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca o genéricos para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de los medicamentos del nivel 5 (medicamentos de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción al nivel de costo compartido y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes para tener en cuenta cuando se solicitan excepciones **Su médico debe informarnos las razones médicas**

Su médico u otra persona autorizada para recetar deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otra persona autorizada para recetar cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas distintas posibilidades se denominan **medicamentos alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el que usted solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide que hagamos una excepción al nivel de costo compartido, generalmente, no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen bien en su caso o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, la aprobación tiene validez, por lo general, hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento, y este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándares se toman en un plazo de **72 horas** a partir de que recibimos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** a partir de que recibimos la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- La solicitud debe ser por un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándares podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos informan que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o de una persona autorizada para recetar, decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión de tales características.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para lo siguiente:
 - Explicarle que usaremos los plazos estándares.
 - Informarle que, si su médico u otra persona autorizada para recetar solicitan una decisión de cobertura rápida, se la brindaremos automáticamente.
 - Indicarle cómo puede presentar una queja rápida si tomamos una decisión de cobertura estándar, en lugar de la rápida que usted solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Primero, llámenos, notifíquenos por escrito o envíenos un fax para solicitarnos la autorización o cobertura de la atención médica que quiere. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes presentadas por escrito, incluidas las enviadas a través del formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS. Dicho formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources). En el capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su

nombre, su información de contacto y la información sobre el reclamo rechazado por el cual presenta la apelación.

Pueden hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada para recetar) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. En la sección 4, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo**, es decir, los motivos médicos por los cuales pide la excepción. Su médico u otra persona autorizada para recetar pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También pueden comunicarse telefónicamente y luego, si es necesario, enviarnos por correo o por fax la declaración por escrito.

Paso 3: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** de haber recibido su solicitud.
 - Cuando se solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de su médico que justifica su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa**, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa**, le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
 - Cuando se solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico que justifica su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa,** le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa,** también tenemos la obligación de enviarle el pago dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa,** le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión. Para ello, debe presentar una apelación. Esto significa volver a solicitar que se le brinde la cobertura de medicamentos que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que su apelación ingresa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de nivel 1**Términos legales:**

Una apelación al plan respecto de una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar usualmente se resuelve en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida, por lo general, se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada para recetar debe comunicarse con nosotros y presentar la apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-855-562-8853.** En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes presentadas por escrito,** incluidas las enviadas a través del formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS. Dicho formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources). Incluya su nombre, su información de contacto y la información sobre el reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos con nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si incumple con este plazo, pero tiene un motivo justificado para haberlo hecho, explíquenos la razón de la demora cuando presente la apelación. Podemos darle más tiempo para apelar. Un ejemplo de un motivo justificado podría ser que no pudo comunicarse con nosotros debido a una enfermedad grave o que le brindamos información errónea o incompleta en relación con el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- En el momento de revisar su apelación, analizamos nuevamente de forma minuciosa toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona autorizada para recetar para obtener más información.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa**, debemos brindar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa**, le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una apelación estándar con respecto a un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su solicitud. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa**, debemos brindar la cobertura con la prontitud que requiera su salud, pero antes de transcurridos los **7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa**, le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una apelación estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente afirmativa**, también tenemos la obligación de enviarle el pago dentro de los **30 días calendario** de haber recibido su solicitud.

- **Si nuestra respuesta a lo que nos solicitó es parcial o totalmente negativa**, le enviaremos un informe por escrito en el que se explicará la razón de nuestra decisión. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es **entidad de revisión independiente**. En ocasiones, se abrevia **IRE**.

La organización de revisión independiente es una institución externa contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada para recetar) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** a la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos estipulados debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite que la organización de revisión independiente le otorgue una apelación rápida.
- Si la organización decide que le brindará una apelación rápida, se le debe dar una respuesta a la apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le brinda una respuesta.***Para apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud**, debemos brindarle la cobertura de medicamentos aprobada a través de esta organización **dentro de las 24 horas** de haber sido notificados de la decisión.

Para apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de cobertura**, debemos **brindarle la cobertura de medicamentos** aprobada a través de esta organización **dentro de las 72 horas** de haber sido notificados de la decisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** luego de haber sido notificados de la decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parcial o totalmente** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de esta). (Esto se denomina **confirmación de decisión**. También se llama **denegación de apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicarle la decisión.
- Notificarle su derecho a presentar una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un monto mínimo. Si el costo de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 es inapelable.

- Informarle el valor en dólares mínimo en controversia que se requiere para poder continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con la apelación.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (lo que hace un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar al nivel 3 de apelación, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando es admitido en el hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios de hospital cubiertos que son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital lo ayudarán a prepararse para el día en que se le dé el alta y a organizar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día que abandona el hospital se denomina **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si cree que se le está dando el alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y dicha solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, Medicare le enviará un aviso por escrito donde se enumeran sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de haber sido admitido en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que estén cubiertas por Medicare recibirán una copia de este aviso. Si nadie en el hospital le entrega este aviso (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), solicítelo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso detenidamente y si no entiende, no dude en preguntar.** En este aviso se enumera lo siguiente:

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en el hospital y después de esta, según las indicaciones del médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión relacionada con su estadía en el hospital.
- Su derecho a saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que está recibiendo en el hospital.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de una decisión de alta, si cree que le están dando el alta demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de solicitar la postergación de su fecha de alta de modo que la atención en hospital esté cubierta por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para dar fe de que lo recibió y entendió sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguna persona que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *únicamente* da fe de que usted recibió la información relacionada con sus derechos. En este aviso, no consta su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso, así tendrá a mano la información que necesita para presentar una apelación (o para informar una inquietud sobre la calidad de su atención), en caso de necesitarla.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta estipulada.
- Para revisar una copia de este aviso por anticipado, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultarlo en línea, en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos los servicios de hospitalización durante más tiempo, siga el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, asegúrese de entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Si necesita ayuda, pídala.** Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas o necesita ayuda. También puede comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud de

California para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Se verifica que su fecha de alta programada sea médicamente adecuada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el Gobierno federal les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Sus tareas incluyen revisar fechas de alta de hospitales para personas que reciben cobertura de Medicare. Estos expertos no pertenecen al plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*, se le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y esta fecha **no debe ser posterior a la medianoche del día en que recibe el alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin costo* mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome una decisión.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar el costo* de la atención en hospital que recibió después de dicha fecha.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunica con nosotros. Antes del mediodía posterior a la fecha en que nos contacten, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se le informará su fecha de alta programada y se le explicarán las razones por las cuales su médico, el personal del hospital y nosotros creemos que es apropiado (médicamente adecuado) que a usted se le dé el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado de alta**, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultarlo en línea, en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud que trabajan en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*los revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que no debería interrumpirse la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo quiere.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos brindado.
- Antes del mediodía posterior a la fecha en que los revisores nos comuniquen de su apelación, usted recibirá de nuestra parte un aviso por escrito donde se le informará su fecha de alta programada. En este aviso también se le explicarán las razones por las cuales su médico, el personal del hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que a usted se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de tener en su poder toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le otorgará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la organización de revisión independiente *aprueba* su apelación, **debemos seguir cubriendo sus servicios de hospitalización mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, en caso de que correspondan). Además, pueden existir limitaciones para los servicios de hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. En ese caso, **la cobertura que brindamos para servicios de hospitalización finalizará** el mediodía *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le otorga la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención en hospital que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le otorga la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su apelación pasa al *nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revise una vez más la decisión respecto de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores que trabajan en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán cuidadosamente, una vez más, toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.***Si la organización de revisión independiente aprueba su apelación:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde por los costos de la atención en hospital que recibió a partir del mediodía siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir cubriendo su atención de hospitalización mientras sea médicamente necesaria.**

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron previamente respecto a su apelación de nivel 1. Esto se denomina “confirmación de decisión”.
- En el aviso que recibirá, se le informará por escrito qué debe hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con la apelación y avanzar al nivel 3.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (lo que hace un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar al nivel 3 de apelación, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura finaliza demasiado pronto

Si recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro integral de rehabilitación ambulatoria)** cubiertos, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios para esos tipos de atención mientras sea necesario para el diagnóstico y tratamiento de su lesión o enfermedad.

Cuando decidimos que es tiempo de finalizar la cobertura de alguno de estos tres tipos de atención, estamos obligados a informárselo por anticipado. Cuando finalice la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo para la atención que usted recibe.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se describe cómo presentar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. En él se explica cómo presentar una **apelación por vía rápida**. Presentar este tipo de apelación es una manera legal y formal de pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizar su atención.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** como mínimo 2 días calendario antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura. En este aviso se enumera lo siguiente:

- La fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su atención.
- Cómo presentar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

2. Se le pedirá a usted o a alguna persona que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para dar fe de que lo recibió. Firmar el aviso *únicamente* da fe de que usted recibió la información relacionada con la fecha de finalización de su cobertura. **Firmar el aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la cobertura.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar que con el plan se cubra su atención durante más tiempo

Si quiere que cubramos su atención durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, asegúrese de entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Si necesita ayuda, pídale.** Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas o necesita ayuda. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Luego se decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención de salud a quienes el Gobierno federal les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto a cuándo es momento de finalizar la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no pertenecen al plan.

Paso 1: Presente una apelación de nivel 1. Para ello, comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Actúe con rapidez:**

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía previo a la fecha de entrada en vigor** que se establece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. Si se vence el plazo establecido y quiere presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que le corresponde.
- Si se vence el plazo establecido y quiere presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad mediante la información de contacto establecida en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**Término legal:**

Aviso detallado de no cobertura. Es un aviso que detalla las razones por las que finaliza la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud que trabajan en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que no debería interrumpirse la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo quiere.
- La organización de revisión independiente también investigará su información médica, hablará con su médico y revisará la información suministrada por el plan.
- Antes de que termine el día en que los revisores nos informan de su apelación, usted recibirá el *Aviso detallado de no cobertura* que le enviaremos para explicarle detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Cuando haya transcurrido un día completo después de haber recibido toda la información que necesitaban, los revisores le informarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, en caso de que correspondan). Pueden existir limitaciones para los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos informado.**
- Si decide continuar recibiendo atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria *después* de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide continuar recibiendo la atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que con el plan se cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revise una vez más la decisión respecto de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención de salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria *después* de la fecha en la que indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores que trabajan en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán cuidadosamente, una vez más, toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.**¿Qué sucede si la organización de revisión independiente aprueba su apelación?**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que recibió a partir de la fecha en que decidimos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir cubriendo** la atención, siempre que sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión respecto de su apelación de nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le informará por escrito qué debe hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Allí encontrará detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si quiere continuar con la apelación.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar al nivel 3 de apelación, encontrará información detallada al respecto en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la sección 9, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Lea esta sección si presentó una apelación de nivel 1 y una de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o del servicio médico sobre el que presentó una apelación alcanza determinados niveles mínimos, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2, se le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones en las que se presentan apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros dos niveles. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aprueban su apelación, el proceso de apelaciones *podría* terminar o no.** A diferencia de las decisiones de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, el proceso continuará con una apelación de nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 junto con los documentos que correspondan. Es posible que esperemos la

decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo de la apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le informará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y se le dará una respuesta. Este Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si se aprueba la apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.** A diferencia de las decisiones de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si llevaremos esta apelación al nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si en el Consejo se rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazo de la apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, usted recibirá un aviso donde se le informará si las reglas le permiten avanzar a la apelación de nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aprobar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es inapelable. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Lea esta sección si presentó una apelación de nivel 1 y una de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

**Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Si el valor del medicamento sobre el que presentó una apelación alcanza cierta cantidad en dólares, usted podrá avanzar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá continuar con la apelación. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de nivel 2, se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones en las que se presentan apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros dos niveles. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si se aprueba la apelación, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo de la apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le informará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y se le dará una respuesta. Este Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si se aprueba la apelación, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo de la apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, usted recibirá un aviso donde se le informará si las reglas le permiten avanzar a la apelación de nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aprobar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es inapelable. No existen más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo presentar una queja

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problema se resuelven mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se mencionan ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mala calidad del servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien se ha comportado de manera grosera o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que se lo motiva a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Ha tenido problemas para obtener una cita médica o ha esperado mucho para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar durante mucho tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a Servicio al Cliente u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen tiempos de espera demasiado largos por teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o con las condiciones en que se encuentra algún consultorio médico, clínica u hospital?

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nuestro plan	• ¿No le enviamos un aviso que correspondía? • ¿La información que le damos por escrito es difícil de comprender?
Tiempos de respuesta (Todos estos tipos de quejas están relacionados con los <i>tiempos de respuesta</i> de nuestras acciones respecto de decisiones de cobertura y apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que nuestra respuesta no es lo suficientemente rápida, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y nosotros nos negamos, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos respetando los plazos para darle una decisión de cobertura o responder una apelación, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos respetando los plazos para brindarle cobertura o hacerle un reembolso de ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no respetamos los plazos estipulados para reenviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

Una **queja** también se denomina **reclamación**.

Presentar una queja también se denomina **tramitar una reclamación**.

Otra forma de decir usar el proceso de quejas es **usar el proceso para tramitar una reclamación**.

Una **queja rápida** también se denomina **reclamación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato (ya sea por teléfono o por escrito).

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).** Si es necesario que haga algo más, Servicio al Cliente se lo informará.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** En ese caso, le enviaremos una respuesta por escrito.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Cuando llame o escriba a Servicio al Cliente, brinde la siguiente información: su nombre, dirección, número de identificación de miembro y una descripción de la queja.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual quiere reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta en esa misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se resuelven en 30 días calendario.** En caso de que necesitamos más información y la demora sea para su bien o de que usted nos solicite más tiempo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos utilizar esos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le otorgaremos una queja rápida automáticamente.** Si presenta una queja rápida, le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja o no nos consideramos responsables del problema sobre el cual está reclamando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le enviemos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene, además, otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad directamente.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio de la profesión y otros expertos en atención de salud a quienes el Gobierno federal paga para que controlen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y presentárnosla a nosotros simultáneamente.**

Sección 10.4 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 **Cómo finalizar su membresía en el plan**

La finalización de su membresía en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) puede ser **voluntaria** (por elección propia) o **involuntaria** (no por elección propia):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque quiere hacerlo. En las secciones 2 y 3, se brinda información sobre el proceso de finalización voluntaria de su membresía.
- Hay también situaciones restringidas en las que nosotros tenemos la obligación de finalizar su membresía. En la sección 5, se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

En caso de que decida abandonar el plan, este debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 **¿Cuándo puede finalizar su membresía en el plan?**

Sección 2.1 **Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta**

Puede finalizar su membresía en el plan durante el **período de inscripción abierta** todos los años. Durante este momento, usted debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar una decisión con respecto a su cobertura para el siguiente año.

- **El período de inscripción abierta** se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **Decida si quedarse con su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan por separado de medicamentos de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción y participa en el programa Ayuda Adicional, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que no acepte la inscripción automática.

Nota: Si da de baja la cobertura de medicamentos de Medicare y deja de tener cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período de 63 días consecutivos o más,

es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 En determinadas circunstancias, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama **período de inscripción especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o ingrese en www.Medicare.gov:

- Generalmente, si se muda.
- Si tiene Medi-Cal.
- Si es elegible para el programa Ayuda Adicional y obtener la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo.
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la sección 10 del capítulo 5, se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto la cobertura de salud como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan por separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si da de baja la cobertura de medicamentos de Medicare y deja de tener cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período de 63 días consecutivos o más, es

posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finaliza generalmente** el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.
- **Si participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan por separado de medicamentos de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que no acepte la inscripción automática.

Sección 2.3 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y usted 2026*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en el plan

El cuadro a continuación explica cómo puede terminar la membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer esto:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Se lo dará de baja de nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan por separado de medicamentos de Medicare.	• Inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se lo dará de baja de nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer esto:
Original Medicare <i>sin</i> un plan por separado de medicamentos de Medicare.	• Envíenos por escrito una solicitud de baja. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la baja. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. • Se lo dará de baja de nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta el momento en que finalice la membresía, debe continuar recibiendo los artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

Hasta el momento en que finalice la membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos o servicios médicos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los servicios de encargo por correo para adquirir sus medicamentos con receta.**
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que su nueva cobertura de salud entre en vigor).

SECCIÓN 5 Sharp Health Plan debe finalizar la membresía en determinadas situaciones

Sharp Health Plan debe finalizar su membresía en las siguientes situaciones:

- Si vuelve a trabajar en Sharp HealthCare (a tiempo completo, a tiempo parcial o temporalmente con pago por día).
- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.

- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o viaja durante un largo tiempo, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al que se mudará o viajará se encuentra dentro del área del plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni se encuentra legalmente en el país.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga y que le brinde cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos brinda información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan, y esta información afecta la elegibilidad para el plan. (No podemos obligarlo a renunciar al plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización previa de Medicare).
- Si su comportamiento perturba y dificulta de manera continua la prestación de la atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a renunciar al plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización previa de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a renunciar al plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización previa de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, es posible que Medicare pida al inspector general que investigue su caso.
- Si debe pagar un monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos solicitarle que abandone el plan por ninguna razón vinculada a su salud

Sharp Health Plan no tiene permitido solicitarle que cancele su membresía por ninguna razón vinculada a su salud.

¿Qué debe hacer si ocurre esto?

Si cree que se le solicita que abandone el plan por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede tramitar una reclamación o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que rige esta *Evidencia de cobertura* es el título XVIII de la Ley de Seguro Social y, según se establece en dicha ley, las reglas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no figuran ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre disposiciones de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, antecedentes médicos, información genética, constancia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes que correspondan a organizaciones que reciben fondos federales, y otras leyes y reglas que correspondan por cualquier otra razón.

Si quiere más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local. Usted también puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por no poder acceder a determinados sitios en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede asistirlo.

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por ninguno de los motivos antes mencionados. Puede obtener una copia del *Aviso sobre no discriminación* en sharpmedicareadvantage.com.

Sharp Health Plan ofrece:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, por ejemplo, mediante intérpretes del lenguaje de señas calificados.
- Adaptaciones razonables para personas con discapacidad, y asistencia y servicios auxiliares adecuados (lo cual incluye intérpretes calificados e información en formatos alternativos, como braille o letra grande), de manera gratuita y oportuna, cuando dichas adaptaciones, asistencia y servicios sean necesarios para asegurar la accesibilidad y la igualdad de oportunidad de participación de las personas con discapacidad.
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Servicios de asistencia en idiomas y de intérpretes calificados, lo cual incluye traducción de documentos electrónicos y físicos, e interpretación (oral) de manera gratuita cuando dichos servicios sean una medida razonable para brindar acceso válido a una persona con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-359-2002 (TTY: 771).

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una reclamación a nuestro coordinador de derechos civiles y coordinador de no discriminación según la sección 1557:

- Dirección: Sharp Health Plan Compliance Department, Attn: Director of Compliance and Regulatory Affairs Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450.
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY: 711).
- Fax: 1-619-740-8572.
- Correo electrónico: shpcompliance@sharp.com.

Puede tramitar una reclamación personalmente, por correo postal o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja sobre discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica ingresando en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los costos de los servicios cubiertos por Medicare de los que Medicare no sea el pagador primario. Según las regulaciones de los CMS en el Código de Regulaciones Federales (CFR), título 42, secciones 422.108 y 423.462, nuestro plan, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de reintegro que ejerce la Secretaría según las regulaciones de los CMS, título 42, parte 411, subpartes B a D del CFR. Las reglas dispuestas en esta sección sustituyen todas las leyes estatales.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Afección crónica: es una condición clínica como consecuencia de una enfermedad o de otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, que persiste sin lograr una recuperación total o se agrava durante un tiempo prolongado. Además, puede requerir tratamiento continuo para que remitan los síntomas o evitar el deterioro.

Apelación: es una acción que usted realiza cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención de salud o de medicamentos con receta, o de pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: es el área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales se pueden utilizar, en general, el área de servicio es también aquella donde el miembro puede recibir servicios de atención de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe darlo de baja si se muda fuera del área de servicio de forma permanente.

Asistente de salud en el hogar: es una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios que indica el médico).

Atención de emergencia: hace referencia a servicios cubiertos que tienen estas características: 1) son provistos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): se refiere a la atención de enfermería especializada y a los servicios de rehabilitación especializados que se brindan diariamente y de manera ininterrumpida en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de este tipo de atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por un enfermero registrado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el *Formulario*, y los criterios que establecimos están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda Adicional: se trata de un programa de Medicare que ayuda a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Baja o dar de baja: es el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Beneficios suplementarios opcionales: son beneficios no cubiertos por Medicare que pueden contratarse por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente los beneficios suplementarios opcionales para poder obtenerlos.

Biosimilar: es un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Biosimilar intercambiable: es un biosimilar que puede usarse para reemplazar un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posible sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): es un centro donde se brindan, principalmente, servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o una lesión, incluida terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para tratar patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro para enfermos terminales: recibir atención en este centro constituye un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe brindarle una lista con los centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y sigue pagando las primas, seguirá siendo miembro del plan. Puede seguir obteniendo los servicios médicamente necesarios y los beneficios suplementarios que le ofrecemos.

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad cuyo único propósito es brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y de quienes se espera una permanencia de no más de 24 horas en el centro.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): son la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: es la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) de la que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo general, cuando las personas que tienen este tipo de cobertura pasan a ser elegibles para Medicare, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, siempre que decidan inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare posteriormente.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): es un seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos otros.

suministros en casos ambulatorios que no se encuentran cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Copago: es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta. Se expresa como un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos (además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que en un plan se pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que en un plan se requiera que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro (es decir, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento) que en un plan se requiera que se pague cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos de desembolso: consulte la definición de “costo compartido” que figura más arriba. Los requisitos de costo compartido de un miembro (para pagar una parte de los medicamentos o servicios que recibe) también se denominan “requisitos de costos de desembolso”.

Cuidado de custodia: es la atención personal brindada en un asilo de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Se trata del cuidado de custodia brindado por personas que no tienen especialización o capacitación profesional, como el tipo de ayuda que se brinda para realizar actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, comer, acostarse en una cama y levantarse, sentarse en una silla y pararse, desplazarse e ir al baño. También puede incluir los tipos de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como colocarse gotas oculares. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Determinación de cobertura: se trata de una decisión respecto de si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y del monto, si correspondiera, que usted debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y allí le señalan que no está cubierta por el plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura**.

Determinación de organización: es una decisión que nuestro plan toma para decidir si los servicios o artículos están cubiertos y cuánto debe pagar usted por estos. En este documento, las determinaciones de organización también se denominan “decisiones de cobertura”.

Emergencias médicas: son aquellas ocasiones en las que usted o una persona común y prudente con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está

Capítulo 12. Definiciones

embarazada, la pérdida de un hijo por nacer) o la pérdida de una extremidad o de la función de un miembro del cuerpo, o bien la pérdida o disfunción grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor fuerte o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): es cierto equipo médico que el profesional le indica por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas hospitalarias para que se utilicen en el hogar, según indicación de un proveedor.

Etapas de cobertura catastrófica: es la etapa en los beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o terceros debidamente autorizados en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus costos de desembolso en el año hayan alcanzado el límite de desembolso.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: consta de este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, donde se explican su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en nuestro *Formulario* (una excepción al *Formulario*) o le permite recibir un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel de costo compartido). También podrá solicitar una excepción si el plan le pide que pruebe otro medicamento antes de recibir el que usted solicita, si le exige la autorización previa de un medicamento y usted quiere que exoneremos la restricción, o si limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al *Formulario*).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de nuestro plan, solo debe pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe los servicios cubiertos con nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o le cobren más que el monto de costo compartido que el plan establece que se debe pagar.

Farmacia de la red: es una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la cual los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solo si se adquieren en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Fuera del área: se refiere a los servicios que recibe el miembro mientras se encuentra fuera del área de servicio. La cobertura fuera del área incluye servicios de urgencia o emergencia para tratar la aparición de síntomas repentinos de gravedad suficiente como para requerir atención médica inmediata a fin de prevenir el grave deterioro de la salud del miembro a causa de una enfermedad o lesión imprevistas, o la complicación de una afección existente, incluido el embarazo, cuyo tratamiento no se puede demorar hasta que el miembro regrese al área de servicio. Se cubrirán los servicios médicos fuera del área para satisfacer las necesidades médicas inmediatas del miembro. El seguimiento correspondiente después del servicio de emergencia o de atención de urgencia debe estar autorizado por nuestro plan y estará cubierto hasta que sea prudente transferir su atención al área de servicio del plan.

Grupo médico del plan (PMG): hace referencia a un grupo de médicos organizados bajo una entidad legal o contratados por esta que cumplen los criterios del plan para participar. El PMG ha celebrado un acuerdo con el plan para proporcionar servicios profesionales y ponerlos a disposición de los miembros, y para brindar a los miembros otros beneficios cubiertos y coordinar estos beneficios como contratista independiente. El grupo está incluido en la red del plan del miembro.

Hospitalización: se refiere a la estadía en un hospital cuando se lo admitió formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque su estadía en el hospital sea de una noche, es posible que se lo considere paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: se refiere al uso de un medicamento que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos documentos de referencia, como *American Hospital Formulary Service Drug Information* y *Micromedex DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX de Micromedex).

Límite de desembolso: es el monto máximo que paga de desembolso por medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: es una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o a un período determinado.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): se trata de una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medi-Cal (Medicaid o Medical Assistance): es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas que tienen bajos ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de la atención de salud están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: hace referencia a los 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.

Medicamento de marca: es un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otro fabricante de medicamentos fabrica y vende los medicamentos genéricos y, comúnmente, estos no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: es un medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso.

Medicamento seleccionado: es un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas de la cobertura de medicamentos de la Parte D en el Congreso. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con alguna discapacidad y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años exceden una suma determinada, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual por ingresos, también llamado “IRMAA”. IRMAA es un cargo adicional a la prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas que tienen Medicare, de modo que la mayoría no deberá pagar una prima más alta.

Monto de desembolso máximo: se trata del monto máximo que usted paga de su bolsillo por los servicios de la red cubiertos por Medicare Parte A y Parte B durante el año calendario. Los gastos que usted paga por las primas de nuestro plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es el monto que se agrega a la prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si deja de tener cobertura acreditable (cobertura de la que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de

medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más, una vez que es elegible para inscribirse en el plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido: es uno de los seis niveles en los que se encuentran todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos*. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su parte del costo del medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): se trata de un grupo de médicos en ejercicio de la profesión y otros expertos en atención de salud a quienes el Gobierno federal les paga para que controlen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare de tarifa por servicio):

Original Medicare es ofrecido por el Gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de cobertura de medicamentos con receta. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Parte C: consulte la definición de “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: se trata del programa de beneficios de medicamentos con receta voluntario de Medicare.

Período de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de un hospital o un centro de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada. Finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención de hospitalización (o atención especializada en un centro de enfermería especializada). Si ingresa en un hospital o en este tipo de centro después de finalizado un período de beneficios, comienza otro período de beneficios. No hay un límite para los períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta: es el período que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: es el período que se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros del plan Medicare Advantage pueden cancelar la membresía en su plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado durante el mismo período. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses, una vez que la persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción especial: es un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o pueden volver a Original Medicare. Las siguientes son situaciones en las que podría ser elegible para un período de inscripción especial: si se muda fuera del área de servicio; si participa en el programa Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta; si se muda a un asilo de ancianos; o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: es el período cuando, después de que pasa a ser elegible para recibir Medicare por primera vez, puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible cuando cumple los 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que alcanza dicha edad, incluye el mes de su cumpleaños n.º 65 y finaliza 3 meses después.

Plan: hace referencia al plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).

Plan de salud de Medicare: es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costo de Medicare, planes para necesidades especiales, programas de demostración o piloto y el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE): es un plan que combina servicios médicos, sociales y de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) para personas de salud delicada. El objetivo es ayudarlas a que sigan siendo independientes y continúen viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en este tipo de plan reciben los beneficios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan.

Plan Medicare Advantage (MA): suele denominarse también “Medicare Parte C”. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), ii) de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan con una cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de HMO o de PPO también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan para necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de salud más especializada a grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, residen en un asilo de ancianos o tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): es un seguro suplementario de Medicare ofrecido por compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* de cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: es el precio que Medicare negoció por un medicamento seleccionado.

Prima: es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: es un medicamento con receta 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 ser replicados con exactitud. Por eso, las formas alternativas se denominan “biosimilares”. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original: es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama “producto de referencia”.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): es un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas brindado a personas que reúnen determinados requisitos o que participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una revisión de los medicamentos junto con un farmacéutico o proveedor de atención de salud.

Programa de Descuentos del Fabricante: es un programa en el que el fabricante de medicamentos pagará una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; prótesis oculares; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): es el médico u otro proveedor a quien usted consulta en primer lugar en relación con la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para referirse a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención de salud que cuentan con la licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o un centro sin contrato para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por el plan, no pertenecen a él ni operan mediante este.

Proveedor no participante: hace referencia a un dentista que no ha celebrado un acuerdo con Delta Dental para ser proveedor participante según este plan Medicare Advantage.

Proveedor participante: hace referencia a un profesional con licencia para practicar la odontología cuando y donde se lleve a cabo, quien ha celebrado un contrato con Delta Dental en el que acordó participar en este plan Medicare Advantage y suministrar servicios cubiertos a los miembros.

Queja: el nombre formal de “presentar una queja” es **tramitar una reclamación**. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También abarca quejas que puede presentar si el plan no respeta los tiempos establecidos en el proceso de apelaciones.

RealTime Benefit Tool (herramienta de beneficios en tiempo real): consiste en un portal o aplicación informática en los que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, actualizada, clínicamente apropiada y específica del miembro sobre los beneficios y el *Formulario*. Se incluyen los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos a un medicamento en particular que pueden usarse para tratar la misma afección de salud y se incluyen en el *Formulario*, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Reclamación: es un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida la queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra controversias relacionadas con pagos o cobertura.

Red del plan: es la red de proveedores seleccionada por el empleador o el miembro, como se indica en la tarjeta de identificación del miembro.

Remisión: es una indicación por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga determinados servicios médicos. Es posible que el plan no pague los servicios de un especialista si usted no cuenta con una remisión.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): se trata de un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegas o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio al Cliente: se trata de un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención de salud cubiertos por el plan.

Servicios cubiertos por Medicare: son servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como aquellos de la visión, de la audición o dentales, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de rehabilitación: incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados y terapias física (ambulatoria), ocupacional, del habla y del lenguaje.

Servicios de urgencia: son servicios cubiertos por el plan que se relacionan con afecciones que requieren atención médica inmediata, pero que no son emergencias. Para que un servicio se considere de urgencia, usted debe encontrarse temporalmente fuera del área de servicio del plan o, debido al horario, al lugar o a las circunstancias, no debe resultar razonable obtener el servicio de proveedores de la red. Entre los servicios de urgencia se encuentran aquellos que se brindan para tratar una lesión o una enfermedad inesperadas, o un episodio imprevisto de alguna afección existente. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Servicios preventivos: se trata de atención de salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento dé mejores resultados (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Subvención por Bajos Ingresos (LIS): consulte la definición de “Ayuda Adicional”.

Tarifa de expendio: es la tarifa que se cobra cada vez que se obtiene un medicamento cubierto para pagar los costos del proceso, como el tiempo que dedica el farmacéutico para prepararlo y presentarlo.

Tasa de costo compartido diario: puede aplicarse una tasa de costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de ciertos medicamentos que no llegue a un mes completo y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago por un suministro mensual de un medicamento determinado es de \$30 y el suministro mensual en su plan es para 30 días, entonces su tasa de costo compartido diario será de \$1 por día.

Terapia escalonada: es una herramienta de utilización que exige que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicio al Cliente del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
Teléfono	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-619-740-8571
Correo postal	Sharp Health Plan Attn: Customer Care Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
Sitio web	www.sharpmedicareadvantage.com

Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California: es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-858-565-1392
Correo postal	Elder Law and Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
Sitio web	https://elaca.org/medicare-health-insurance-support/

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites. De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para este formulario de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call at 1-855-562-8853 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-562-8853 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-562-8853 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-562-8853 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-562-8853 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-562-8853 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-562-8853 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-562-8853 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Français

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-562-8853 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-562-8853 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ລາວ

ເອົິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-562-8853 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Italiano

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-562-8853 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Português do Brasil

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

తెలుగు

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల పార్టాల్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-562-8853 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

SHARP Health Plan

sharpmedicareadvantage.com

1-855-562-8853 (usuarios de los servicios TTY/TDD: 711)

H5386_2026 EGWP Basic EOC SP_M