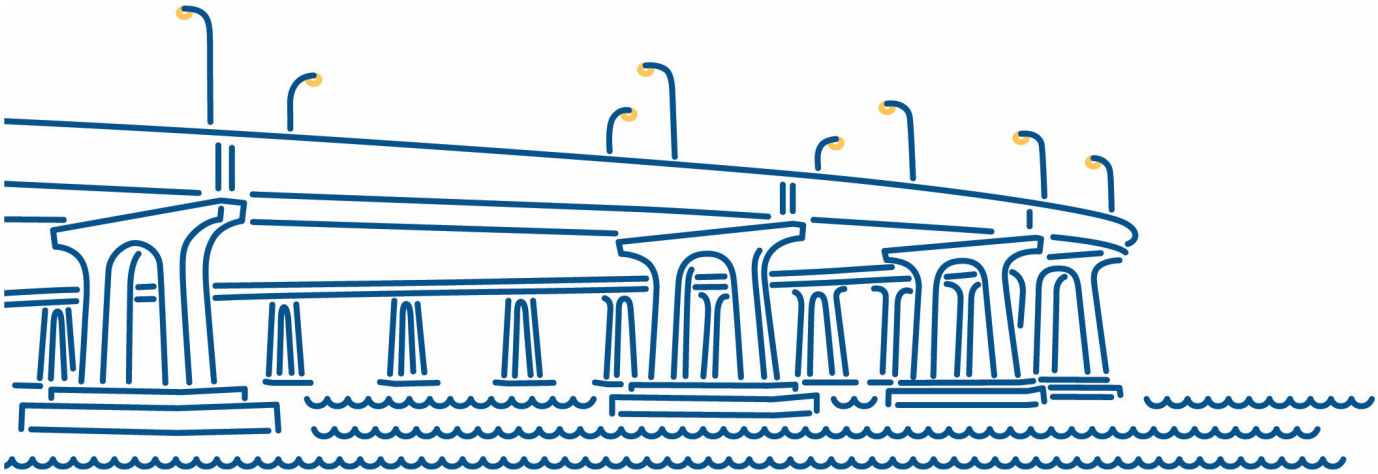
SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Evidencia de cobertura para 2023

Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO)



Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

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

En este documento, le brindamos información detallada sobre su cobertura de atención de salud y de medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un sitio seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener información adicional. (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.

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

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

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 2024.

El *Formulario*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Les notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas, por lo menos, con 30 días de anticipación.

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

- La prima y el costo compartido de su plan.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones exigidas conforme a la ley de Medicare.

H5386_2023 INDV VIP EOC SP_C

Evidencia de cobertura para 2023

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es una referencia inicial. Si quiere obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, diríjase a la primera página de cada capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

CAPÍTULO 1: Comenzar como miembro 6

SECCIÓN 1 Introducción 7

SECCIÓN 2 ¿Qué condiciones debe reunir para ser admitido como miembro del plan? 8

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membrecía que recibirá 9

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO) 11

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes 16

SECCIÓN 1 Información de contacto de Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO) (cómo contactarnos, incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente) 17

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 24

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 26

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 27

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medi-Cal 29

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 30

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 32

SECCIÓN 9 ¿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 Información que necesita saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan 35

SECCIÓN 2 Reciba atención médica de los proveedores de la red del plan 37

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, si necesita atención de urgencia o durante una catástrofe 41

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios? 43

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 44

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de salud 46

SECCIÓN 7 Reglas para adquirir la propiedad del equipo médico duradero 48

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted) 50

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso para los servicios cubiertos 51

SECCIÓN 2 Utilice el *cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto debe pagar 53

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos a través del plan? 94

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D 104

SECCIÓN 1 Introducción 105

SECCIÓN 2 Adquiera sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de encargo por correo del plan 106

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la *Lista de medicamentos* del plan 110

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 112

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si alguno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera? 114

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 117

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos a través del plan? 120

SECCIÓN 8 Cómo adquirir un medicamento con receta 121

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 121

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 124

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.....127

SECCIÓN 1 Introducción 128

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que se encuentre en el momento de obtenerlo.....130

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle sobre los pagos de los medicamentos y sobre la etapa de pago en la que se encuentra 132

SECCIÓN 4 No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO) 134

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, en el plan pagamos nuestra parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya.....134

SECCIÓN 6 Costos de la etapa de brecha de cobertura.....141

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, en el plan pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos 142

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D: lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga 142

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....145

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o los medicamentos cubiertos 146

SECCIÓN 2 Cómo solicitar en el plan que le realicemos un reembolso o le paguemos una factura que recibió.....148

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no ..150

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 151

SECCIÓN 1 En nuestro plan, debemos respetar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro.....152

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....158

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 160

SECCIÓN 1 Introducción 161

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 162

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema? 163

SECCIÓN 4 Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 163

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 167

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 175

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto. 185

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que la cobertura finaliza demasiado pronto. 193

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores 200

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención de salud, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes 203

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar su membrecía en el plan 207

SECCIÓN 1 Introducción para saber cómo finalizar su membrecía en el plan 208

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membrecía en el plan? 208

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membrecía en el plan? 211

SECCIÓN 4 Mientras no finalice su membrecía, deberá continuar recibiendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 212

SECCIÓN 5 En Sharp Health Plan, debemos finalizar su membrecía en el plan en determinadas situaciones 213

CAPÍTULO 11: Avisos legales 215

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 216

SECCIÓN 2 Aviso sobre disposiciones de no discriminación 216

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 217

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes 219

CAPÍTULO 1:
Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido obtener su atención de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. Tenemos la obligación de cubrir 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 VIP Plan (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.

La cobertura conforme a este plan reúne las condiciones como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Ingrese en el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata la *Evidencia de cobertura*?

En esta *Evidencia de cobertura*, se explica cómo obtener atención médica y medicamentos con receta. Además, se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, cuánto debe pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de nuestro plan.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo invitamos a que se tome un momento para revisar este documento.

Si está confundido o preocupado o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo en nuestro plan se cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*) y otros avisos que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o en 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 VIP Plan (HMO), entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

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 VIP Plan (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Cada año, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medi-Cal) debe aprobar nuestro plan. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Qué condiciones debe reunir para ser admitido como miembro del plan?

Sección 2.1 Cuáles son los requisitos de admisión

Usted reúne las condiciones para obtener la membrecía en nuestro plan si cumple todos los siguientes requisitos:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (en la sección 2.2 más adelante se describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en el país.

Sección 2.2 Aquí está el área de servicio del plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO)

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven dentro del área de servicio del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este condado en California: San Diego.

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

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correspondencia. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en la sección 5 del capítulo 2.

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 reúne las condiciones para ser miembro según este requisito. Si no lo cumple, deberemos darlo de baja en nuestro plan.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membrecía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membrecía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membrecía siempre que reciba servicios cubiertos a través de este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe presentarle al proveedor su tarjeta de Medicare, si corresponde. Aquí tiene un ejemplo de una tarjeta de membrecía para que vea cómo será la suya:

Mientras sea miembro de nuestro 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 membrecía 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 en Medicare, también llamados “estudios clínicos”.

Si su tarjeta de membrecía del plan está dañada, se le extravía o se la roban, llame a Servicio al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan, se enumeran nuestros proveedores y farmacias 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 del plan como pago completo.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede consultar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere utilizar. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Debe ir a proveedores de la red para recibir su 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 VIP Plan (HMO).

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan, puede solicitarla a Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy, o descargarla desde este sitio web. Para conocer los cambios más actuales en nuestros proveedores de la red, puede llamar a Servicio al Cliente o ingresar en el sitio web.

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

En el plan, hay una *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*). La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. En la lista, se indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos a través del beneficio de la Parte D de nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados en el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos en Medicare, donde se ha aprobado la *Lista de medicamentos* del plan.

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

Le proporcionaremos una copia de la *Lista de medicamentos*. En esta se incluye información sobre los medicamentos cubiertos que generalmente utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la *Lista de medicamentos* que mandamos.
Si alguno de sus medicamentos no está incluido en la *Lista de medicamentos*, debería ingresar en nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para averiguar si tiene cobertura.
Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (sharpmedicareadvantage.com/druglist) o llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4
Sus costos mensuales para Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO)

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).

Sección 4.1 Prima del plan

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

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 permanecer como miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no reúnen las condiciones para no tener primas de la Parte A.

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 2.2 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 con receta.

La cobertura acreditable de medicamentos con receta es la que satisface los estándares mínimos de Medicare porque se espera que con ella se pague, en promedio, por lo menos lo mismo que con la cobertura estándar de medicamentos con receta 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 con receta. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe en el plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO), le informamos el monto de la multa. La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan.

No tendrá que pagarla si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso:

- Participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:
- Pasó 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 el Departamento de Asuntos de Veteranos. Todos los años, desde su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informarán si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información se le enviará en una carta o se incluirá en el boletín informativo del plan. Guárdela, ya que podría necesitarla para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
  - **Nota:** En el 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 la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjeta de descuentos para medicamentos con receta, clínicas independientes y sitios web que ofrecen descuentos en medicamentos.

En Medicare se determina el monto de la multa. 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 reunido los requisitos 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, la multa será del 14 %.
- Luego, en Medicare se determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación teniendo en cuenta el año anterior. Para 2022, el monto promedio de la prima era de $32.74. Este monto puede cambiar para 2023.
- Para saber cuál es el monto de su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio. Luego, aproxime el valor a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de $32.74, lo que equivale a $4.584, que se redondea a $4.60. Este monto se sumará **a la prima mensual para aquellos que tengan una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres factores importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede variar cada año.
- En segundo lugar, **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.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá al cumplir los 65 años. 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.

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 de su 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 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 extra que quizá deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto extra, desde el Seguro Social, no desde su plan de Medicare, le enviarán una carta para informarle de cuánto será dicho monto. Este monto extra 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 suele pagar la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto extra adeudado. En ese caso, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagarle el monto extra al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto extra, se lo dará de baja del plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar el monto extra, puede solicitar en el Seguro Social que revisen la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5
Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varios modos en los que puede hacerlo

Existen tres modos en los que puede pagar la multa. Cuando completó nuestro formulario de inscripción, usted seleccionó una opción de pago de primas, que incluía su multa por inscripción tardía. Puede cambiar su elección en cualquier momento llamando a Servicio al Cliente, al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Debe pagar la multa por inscripción tardía. 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 cheques devueltos.

Envíe el pago por correo 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
Billing Department
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123

Opción 2: Puede pagar con tarjeta de crédito

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

Opción 3: Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma de pago de la prima. Si decide cambiar la forma de pago de la prima, la entrada en vigor de su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses. Mientras procesamos la solicitud de un nuevo método de pago, debe asegurarse de que la prima de su plan se pague de manera oportuna. Comuníquese con Servicio al Cliente para indicar cambios en la forma de pago de la prima.

¿Qué puede 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 con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, llame a Servicio al Cliente para ver si podemos indicarle los programas que pueden ayudarlo con los costos.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono
y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO) (cómo contactarnos, incluye cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamos y facturación, o si tiene dudas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Sharp Health Plan. Lo ayudaremos con gusto.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
POR 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 siguiente día hábil. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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 siguiente día hábil.
POR FAX	1-619-740-8571
POR CORREO	Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el capítulo 9, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
POR 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 siguiente día hábil. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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 siguiente día hábil.
POR FAX	1-858-636-2426
POR CORREO	Sharp Health Plan Attn: Health Services 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el capítulo 9, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".

Método	Apelaciones relacionadas con la atención médica: información de contacto
POR 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 siguiente día hábil. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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 siguiente día hábil.
POR FAX	1-858-636-2256
POR CORREO	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros para 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 controversias relacionadas con pagos o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
POR 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 siguiente día hábil. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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 siguiente día hábil.
POR FAX	1-858-636-2256
POR CORREO	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para presentarla en línea, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta 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 con receta cubiertos a través del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9, “Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)”.

Método	Decisiones de cobertura sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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. Los representantes están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
POR FAX	1-855-633-7673
POR CORREO	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".

Método	Apelaciones relacionadas con medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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. Los representantes están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
POR FAX	1-855-633-7673
POR CORREO	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark Appeals P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, incluso una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra controversias relacionadas con pagos o cobertura. (Si su problema se relaciona 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 sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)".

Método	Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
POR 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 siguiente día hábil. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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 siguiente día hábil.
POR FAX	1-858-636-2256
POR CORREO	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para presentarla en línea, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos la parte que nos corresponde del costo de atención médica o de un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó servicios (por ejemplo, una factura del proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7, "Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos".

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de esta, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9, "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)", para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
POR CORREO	**Por atención médica:** Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450 **Por medicamentos con receta de Medicare Parte D:** Attn: Medicare Part D Paper Claim - CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

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

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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces, denominados "CMS") son la agencia federal a cargo de Medicare. Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Método	Medicare: información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/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.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Allí se brinda información actualizada y las últimas novedades sobre Medicare. También se incluye información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención de salud en el hogar y centros de diálisis. Además, contiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare de su estado. En el sitio web de Medicare, también se incluye información detallada sobre los requisitos de admisión para Medicare y las opciones de inscripción mediante las siguientes herramientas: • **Herramienta de admisión para Medicare:** incluye información sobre la situación de admisión para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** incluye información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le brindan un cálculo *aproximado* de los costos de desembolso de los distintos planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare las quejas que pueda tener sobre nuestro plan: • **Informe 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/MedicareComplaintForm/home.aspx. En Medicare, las quejas se analizan seriamente y se utilizará esta información para mejorar la calidad del programa. Si no tiene computadora, en la biblioteca o el centro para personas de la tercera edad de su localidad, podrán ayudarlo a ingresar en este sitio web desde la computadora del lugar. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. 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 obtiene fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP lo pueden ayudar 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 las preguntas relacionadas con los cambios de plan.

MÉTODO PARA TENER ACCESO AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

• Ingrese en www.medicare.gov.
• Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) en el medio de la página de inicio.
• Ahora tiene las siguientes opciones:
  ○ Opción n.º 1: Puede utilizar un **chat en vivo para hablar con un representante del 1-800-MEDICARE**.
  ○ Opción n.º 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y luego hacer clic en “GO” (IR). Esta acción lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California: información de contacto
POR 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.
POR CORREO	Elder Law and Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	seniorlaw-sd.org/programs/health-insurance-counseling-advocacy-program-hicap/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para cada estado con el fin de atender a los beneficiarios de Medicare. 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 de las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Si piensa que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de atención de salud en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada o de servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California): información de contacto
POR 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.
POR CORREO	BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5
Seguro Social

En el Seguro Social, se encargan de determinar las admisiones e inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y las personas con residencia legal que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones, reúnen las condiciones para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tendrá que inscribirse en Medicare. Para hacerlo, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local.

En el Seguro Social, también se encargan 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, puede llamar al Seguro Social y solicitar que lo reconsideren; también puede hacerlo si sus ingresos disminuyeron debido a algún suceso que le cambió la vida.

Si usted se muda o cambia su dirección de correspondencia, es importante que se comunique con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social: información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener 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 lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6
Medi-Cal

Medi-Cal es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también pueden tener Medi-Cal.

Los programas que se ofrecen mediante Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, por ejemplo, las primas. Estos programas de ahorros de Medicare incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que participan en el programa QMB también pueden 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 que participan en el programa SLMB también pueden 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 sus programas, comuníquese con Medi-Cal.

Método	Medi-Cal (programa Medicaid de California): información de contacto
POR TELÉFONO	1-866-262-9881 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.
POR CORREO	Medi-Cal Eligibility P.O. Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal

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

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs), se brinda información sobre cómo bajar los costos de medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia descritos a continuación.

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Medicare ofrece el programa Ayuda Adicional para pagar costos de medicamentos con receta a personas que tengan ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por recetas de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta ayuda que brinda el programa también se tiene en cuenta para calcular sus costos de desembolso.

Si reúne los requisitos para participar en el programa automáticamente, Medicare le enviará una carta. No tendrá que inscribirse. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede obtener la asistencia del programa para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para participar en el programa, llame a las siguientes entidades:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social: 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (por solicitudes).
- Oficina de Medi-Cal (por solicitudes) (consulte la sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para participar en el programa Ayuda Adicional y considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto al comprar sus medicamentos con receta en una farmacia, puede solicitar en nuestro plan que lo ayuden a obtener una constancia del nivel de copago correcto o, si ya la tiene, presentárnosla. En ambos casos, debe hacerlo mediante el proceso establecido para tal fin.

- Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) y solicite ayuda para obtener la mejor prueba disponible.
- Cuando recibamos una constancia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto al comprar sus próximos medicamentos con receta en la farmacia. Si paga más que el copago que corresponde, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque con el monto que pagó de más o se lo descontaremos de futuros copagos. Si usted no ha pagado el copago y si ese copago 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. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida?

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida?

A través de la ayuda del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP), las personas con VIH o sida que reúnen las condiciones para participar en este programa tienen acceso a los medicamentos contra el VIH que puedan salvarles la vida. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también están en el *Formulario* del ADAP reúnen los requisitos para la asistencia del pago del costo compartido de medicamentos con receta a través del ADAP de California.

Nota: Para la admisión en el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la presentación de pruebas que certifiquen 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, notifíquele al empleado de inscripciones en el ADAP local para poder continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de admisión, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP de California.

Durante la etapa de brecha de cobertura, el plan ofrece cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante esta etapa, su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35 por un suministro para un mes. Consulte la sección 6 del capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa de brecha de cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no reúnen los requisitos para un programa de ayuda en el pago de sus medicamentos (Ayuda Adicional). Para conocer cuáles son las insulinas seleccionadas, consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos de manera electrónica. Para identificar las insulinas seleccionadas, busque los medicamentos que están marcados con las letras **SI** en nuestra *Lista de medicamentos*. Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos*, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 8
Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente a través de la cual se administran 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, es importante que les informe si se muda o si cambia su dirección de correspondencia. Si tiene preguntas sobre los beneficios que obtiene de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (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. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a 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	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) reciben beneficios de un grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al Cliente si tiene alguna duda. Puede preguntar sobre el período de inscripción, las primas o los beneficios de salud del seguro de grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY/TDD: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de un grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador podrá indicarle cómo funcionará la cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Información que necesita saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se detalla la información que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para recibir la cobertura de atención médica. Encontrará definiciones de términos y la explicación de las reglas que debe seguir para recibir tratamientos, servicios y equipos médicos; medicamentos con receta; y otro tipo de atención médica cubiertos en el plan.

Para conocer detalles sobre la atención médica cubierta en el plan y saber cuánto debe pagar usted cuando recibe esta atención, use el cuadro de beneficios que se encuentra en el capítulo 4, “Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)”.

Sección 1.1 ¿Cuáles son los proveedores de la red y los 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 costo compartido del miembro del plan como pago total. 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 brinden 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 están detallados en el cuadro de beneficios 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 VIP Plan (HMO) es un plan de salud de Medicare, se deben cubrir todos los servicios cubiertos a través de Original Medicare y cumplir con todas sus reglas de cobertura.

Por regla general, con nuestro plan se cubrirá su atención médica, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- **La atención que recibe está incluida en el cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro aparece en el capítulo 4 de este documento).
- **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 de este capítulo).
    - La mayoría de las veces, debe recibir la aprobación de su PCP por anticipado antes de consultar a otros proveedores que pertenezcan a la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud en el hogar. Esto se denomina "remisión". Para obtener más información, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
    - Para atención de emergencia o servicios de urgencia no se necesitan remisiones de su PCP. Existen otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación de su PCP por anticipado (para obtener más información, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan). Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios prestados. A continuación, se detallan tres excepciones:
    - El 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 saber cuáles son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
    - 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 recibirla, deberá obtener autorización previa para los servicios que brinden proveedores 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 obtener información sobre cómo recibir aprobación para que lo atienda un proveedor fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.

- El 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 obtiene 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 obtener 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 para que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un proveedor de la red del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan para que sea su PCP. Este médico se especializa 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 autorización del PCP (esto se denomina “remisión” a un especialista).

¿Cómo se elige 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. También 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 a los que quiera ir, 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. Puede suceder también que su PCP quiera abandonar la red de proveedores del plan y usted deba buscar un nuevo PCP. Cuando seleccione 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 sus prácticas de remisión y su afiliación hospitalaria.

Para cambiar de PCP, puede llamar a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual. También puede enviar un correo electrónico a Servicio al Cliente, a customer.service@sharp.com. Verificarán si el PCP que selecciona acepta nuevos pacientes. Además, modificarán su registro de membrecía para incluir el nombre del nuevo PCP y le indicarán cuándo entrará en vigor el cambio. En general, la fecha de entrada en vigor es el primer día del siguiente mes. Si el PCP abandona nuestro plan, le avisaremos de inmediato y lo ayudaremos a elegir un nuevo PCP. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro con los datos del nuevo PCP cada vez que haya un cambio.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su proveedor de atención primaria?

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

- Atención de salud de rutina para la mujer, que incluye exámenes de senos, mamografías (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales, 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 obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia recibidos de proveedores dentro y fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Se deben necesitar los servicios de inmediato y estos tienen que ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis con certificación de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. De esta manera, podemos coordinar que obtenga 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. A continuación, le brindamos algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a 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 específicos. Si no obtiene la remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios.

Cuando elija 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 sus prácticas de remisión y su afiliación hospitalaria. El hecho de que un especialista de la red determinado figure en el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan no significa que su PCP pueda remitirlo a ese proveedor.

Si el especialista quiere volver a verlo para continuar la atención o hacerle exámenes después de la visita inicial, revise antes si la remisión que obtuvo del PCP para esa 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 de nuestro plan por anticipado (esto se conoce como “autorización previa”). Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para saber qué servicios requieren autorización previa de nuestro plan.

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe ir a proveedores de la red para recibir su atención y servicios médicos. El acceso a los especialistas y los hospitales de la red depende del médico de atención primaria 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 cobertura), sesiones de diálisis fuera del área y casos en los que esté autorizado el uso de proveedores fuera de la red conforme a nuestro plan.

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

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

Durante el año, puede suceder que cambiemos los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si su médico o su especialista dejan el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare nos exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que este no se interrumpa. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que no suceda.
- Si en nuestro plan no contamos con un especialista calificado para que le brinde un servicio cubierto conforme al plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Se necesitará autorización previa para obtener el servicio.
- Si se entera de que su médico o su especialista abandonarán 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 que reemplace a su 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 parte de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan). Hay algunas pocas excepciones en las que se cubre la atención de un proveedor fuera de la red, como se indica en la sección 1.2 de este capítulo.

Si necesita servicios cubiertos con Medicare, pero los proveedores de nuestra red no pueden brindárselos, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Antes de recibirla, deberá obtener una autorización previa para los servicios que brinden proveedores fuera de la red. 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 necesita

solicitar autorización para atenderse con un proveedor fuera de la red, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Cuáles son las emergencias médicas y qué debe hacer en esos casos?

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 prevenir 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, 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.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame una ambulancia si la necesita. *No* se requiere aprobación ni 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 en nuestro plan estén al tanto de la emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Por lo tanto, usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Llame a Servicio al Cliente de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual y en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué servicios están cubiertos en caso de una emergencia médica?

Con nuestro plan, se cubren los servicios de ambulancia en aquellos casos en los que trasladarse a la sala de emergencias de cualquier otra manera pudiera 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 atención de emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de seguimiento a fin de garantizar que su afección se mantenga estable. Los médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros para planificar la atención adicional. Con nuestro plan, se cubrirá dicha atención.

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

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

Algunas veces, puede ser difícil saber si se encuentra en 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. En caso de que no se trate 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 haya determinado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de las siguientes dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera como servicios de urgencia, y usted cumple con los requisitos para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información, consulte la sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios de urgencia

¿Cuáles son los servicios de urgencia?

“Servicio de urgencia” se refiere a una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia brindados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta grave que aparece durante el fin de semana o ii) un episodio inesperado de alguna afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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. Fuera del horario de atención y los fines de semana, tiene a disposición enfermeros registrados 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 la línea de asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura en la contraportada de este manual.

El plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias.

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

Sección 3.3 Cómo 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 el estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, igualmente tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el sitio web 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, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el 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 para obtener más información.

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

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

Si usted ha pagado más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, lea el capítulo 7, “Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. Allí encontrará información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos a través de nuestro plan, debe pagar el costo total

Con nuestro plan, se cubren todos los servicios médicamente necesarios según se indican en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos en nuestro plan o servicios que fueron brindados fuera de la red sin haber sido autorizados, a usted le corresponde pagar el costo completo de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de cualquier servicio 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 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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. También son llamados “ensayos clínicos”. Determinados estudios de investigación clínica tienen la aprobación de Medicare. Por lo general, dichos estudios solicitan la participación de voluntarios.

Una vez que se apruebe el estudio en Medicare, y que usted manifieste su interés, una persona que trabaje en él se comunicará con usted para darle más información y verificar si reúne los requisitos establecidos por los científicos lo realizan. Puede participar en el estudio mientras cumpla los requisitos *y* entienda y acepte completamente lo que significa su participación en él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, 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. Sin embargo, tendrá que presentar documentación que nos indique cuánto pagó. 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 de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado en Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesite la autorización de nuestro plan para ser parte de un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en los estudios clínicos con calificación de Medicare.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual) para informar que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo pagará su plan.

Si participa en un estudio que *no* se ha aprobado en Medicare, *deberá pagar todos los costos por su participación en él*.

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

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

- Habitación y comida para una estadía en el hospital que se pagaría con Medicare, 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 haya pagado 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 de nuestro plan. Esto significa que usted pagará, por los servicios que reciba como parte del estudio, el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar la documentación que indique el monto de costo compartido que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que debe realizarse una prueba de laboratorio cuyo costo es de $100 y que forma parte del estudio de investigación. Imaginemos que, según Original Medicare, la parte del costo de esta prueba que le corresponde pagar a usted equivale a $20, pero que esta cuesta solamente $10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 conforme a Original Medicare. Luego, tendría que notificarle al plan que recibió un servicio de un estudio clínico calificado y enviarle la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor). El plan pagaría $10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de $10, que equivale al mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de nuestro plan, debe enviarle documentación, por ejemplo, una factura del proveedor.

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 el artículo o servicio tenga cobertura de Medicare, 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, en Medicare no se pagarán tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica requiere normalmente una sola tomografía.

¿Quiere saber más?

Si quiere obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, ingrese en el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (*Medicare y los estudios de investigación clínica*), disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud?

Es un centro en el que se 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, podemos, en cambio, brindar cobertura de 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 señale 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* conforme a 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* conforme a la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe contar con certificación de Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba debe estar limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución y los recibe en un centro médico, se aplican las dos condiciones siguientes:
    - Debe tener una afección médica que le permita 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 atención de hospitalización, siempre y cuando su estadía cumpla las reglas de cobertura establecidas en Medicare. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4.

SECCIÓN 7
Reglas para adquirir la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede ser propietario del equipo médico duradero una vez que haya realizado determinada cantidad de pagos con 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 diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias para que se utilicen en el hogar, según la indicación de un proveedor. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre le pertenecen al miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que 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, sin embargo, es posible que no obtenga la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de los copagos que haya pagado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el DME conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias, le transferiremos a usted la propiedad del DME. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos en nuestro 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. Fue miembro de nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo 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 previos (ya sea que los 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

¿Qué beneficios relacionados con los equipos de oxígeno tiene derecho a recibir?

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 el plan y vuelve a ser miembro de Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios por cinco 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 cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o cambiar de compañía. En ese momento, vuelve a comenzar el ciclo de cinco años, incluso si permanece en la misma compañía, lo que implica que deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco 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

Es este capítulo, se incluye un cuadro de beneficios médicos donde se enumeran los servicios cubiertos y se informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites que se aplican a ciertos servicios.

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

Para entender la información de pago que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es 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 de la sección 2, encontrará más información sobre sus copagos).
- Un **coseguro** es 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 de la sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no tienen que pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrarle a su proveedor la prueba de admisión para Medicaid o para el programa QMB, si corresponde.

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 2023, este monto es de $2,900.

Los montos de los copagos y el coseguro que paga por 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 con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo. Si alcanza el monto de desembolso máximo de $2,900, no deberá pagar ningún costo de desembolso por los servicios de la red con cobertura de 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 en Medi-Cal o un tercero la paguen por usted).

Sección 1.3 En nuestro plan, no se permite que los proveedores le facturen 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 en nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos independientes adicionales, lo que se conoce como “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.

Esta protección funciona de la siguiente manera:

- 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 el 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. (Tenga en cuenta que 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, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Tenga en cuenta que 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 cree que un proveedor le ha facturado el saldo a usted, puede llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2
Utilice el *cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto debe pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En el cuadro de beneficios médicos que aparece en las páginas siguientes, se enumeran los servicios que se cubren con el plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO) y el monto de desembolso que debe pagar por cada uno de ellos. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se menciona en el capítulo 5. Los servicios que se enumeran en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos a través de Medicare deben ser brindados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas en Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención, el equipo, los servicios y los suministros médicos, y los medicamentos con receta 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.
- 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 tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- 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. Esto se denomina "remisión".
- 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.
- 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. Si tiene alguna pregunta sobre estos cargos administrativos, llame a Servicio al Cliente.

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 que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted pagará *menos*. (Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y usted 2023*). Puede verlo en línea, en www.medicare.gov, o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048).
- Nosotros también cubrimos sin costo todos los servicios preventivos que en Original Medicare se cubren de manera gratuita. Sin embargo, si 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 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.

En este cuadro de beneficios, verá esta manzana al lado de los servicios preventivos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen para detectar aneurisma aórtico abdominal Una prueba de detección con ultrasonido por única vez para personas en riesgo. Con el plan, solo se cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, un asistente médico, un enfermero profesional o un especialista en enfermería clínica. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para esta prueba preventiva de detección.
Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare 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 ocho 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 la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley)) pueden brindar servicios de acupuntura conforme a los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos, los enfermeros profesionales o especialistas en enfermería clínica (según se definen en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar	Copago de $10 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare. Copago de $0 por servicios de acupuntura no cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
pueden 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, secciones 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. *Se puede requerir una autorización previa de nuestro plan o de American Specialty Health Plans (ASH Plans).* *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.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	
Servicios de acupuntura (suplementarios) Hasta 30 visitas por año de beneficios (combinadas con servicios quiroprácticos suplementarios) de servicios de acupuntura para el tratamiento o diagnóstico de trastornos neuromusculoesqueléticos, náuseas o dolor. • *Los servicios están autorizados y son proporcionados por un acupunturista participante de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).* • *Los servicios pueden estar sujetos a la verificación de necesidad médica. El acupunturista de ASH Plans se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por visita al consultorio. El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos 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. • El traslado en ambulancia que no es de emergencia corresponde si existe documentación que avale que otro medio de transporte podría poner en peligro su salud debido a la naturaleza de su afección y que el traslado en ambulancia es médicamente necesario. *Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.*	Copago de $250 por viaje de un trayecto con cobertura de Medicare. Copago de $250 por viaje de un trayecto para servicios internacionales de transporte de emergencia.
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 se cubre una 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 “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado esta visita preventiva para que los chequeos anuales de salud estén cubiertos si ha estado cubierto a través de la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
Prueba de densidad ósea Las personas que reúnen los requisitos (por lo general, 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 determinar la densidad ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación que hace un médico de los resultados. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de densidad ósea con cobertura de Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen para detectar cáncer de seno (mamografías) Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • 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 una vez cada 24 meses. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnen ciertos requisitos y cuentan con la remisión de un médico. Con el plan, también se cubren programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 por visita a un especialista.
Visita para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su PCP para reducir el riesgo de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular. En esta visita, su 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de enfermedades cardiovasculares, cubierto una vez cada 5 años.
Examen para detectar cáncer de cuello uterino y de vagina Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted presenta un alto riesgo de tener cáncer de cuello uterino o de vagina, está en edad fértil o ha obtenido un resultado anormal en su prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales preventivos con cobertura de Medicare.
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. *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).* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por visita al consultorio.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios quiroprácticos (suplementarios) Hasta 30 visitas (combinadas con servicios de acupuntura suplementarios) por año de beneficios para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos y afecciones relacionadas, y dolor. • *Los servicios están autorizados y son proporcionados por un quiropráctico participante de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).* • *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.* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una subsidiaria de propiedad exclusiva de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por visita al consultorio. El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.
Examen para detectar cáncer colorrectal Los siguientes estudios están cubiertos para personas de 50 años en adelante: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes exámenes cada 12 meses: • Examen de sangre oculta en materia fecal con guayacol (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT). Examen de ADN colorrectal cada 3 años. Las personas con alto riesgo de tener cáncer colorrectal reciben cobertura para lo siguiente: • Examen de colonoscopia (o examen de enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Las personas que no están en alto riesgo de tener cáncer colorrectal reciben cobertura para lo siguiente: • Examen de colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de haberse realizado un estudio de sigmoidoscopia. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes para detectar cáncer colorrectal con cobertura de Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios dentales (con cobertura de Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no tienen cobertura de Original Medicare.	Copago de $35 por visita al consultorio para beneficios con cobertura de Medicare.
Servicios dentales (suplementarios) Con el plan se cubren servicios dentales adicionales que no tienen cobertura con Original Medicare. Se incluyen los siguientes servicios de diagnóstico: • Exámenes bucales. • 1 serie completa de radiografías dentales cada 24 meses. • Radiografías interproximales cada 6 meses (como se describe en el programa de tarifas).	Sin costo compartido.
Se incluyen los siguientes servicios preventivos:	
• 1 limpieza cada 6 meses (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de $15.
• Servicios de diagnóstico (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de entre $0 y $5.
• Servicios restaurativos (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de entre $20 y $425.
• Endodoncia (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de entre $0 y $475.
• Periodoncia (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de entre $0 y $450.
• Extracciones (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de entre $35 y $150.
• Prostodoncia, otra cirugía bucal o maxilofacial (como se describe en el programa de tarifas).	Copago de entre $20 y $495.
Para obtener una lista completa de los procedimientos dentales cubiertos, visite sharpmedicareadvantage.com/our-plans/dental-care. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su dentista de la red.*	El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.
Examen para detectar diabetes Cubrimos estos exámenes 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 reúne otros requisitos, como tener sobrepeso o presentar antecedentes familiares de diabetes. Según cuáles sean los resultados de estos exámenes, puede reunir las condiciones para dos exámenes para detectar diabetes, como máximo, cada 12 meses. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes para detectar diabetes con cobertura de Medicare.
Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que padecen la enfermedad (usuarios y no usuarios de insulina). Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitores 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.	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 hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios que reúnan las condiciones para recibir el beneficio preventivo de capacitación sobre el autocontrol de la diabetes.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Para las personas con diabetes que padecen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas para estos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos con horma profunda y tres pares de plantillas (no se incluyen las plantillas removibles no hechas a medida para estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste de zapatos u hormas. • La cobertura de la capacitación sobre el autocontrol de la diabetes está sujeta a ciertas condiciones. *Se puede requerir la autorización previa del plan para obtener zapatos terapéuticos y servicios y suministros para diabéticos.* *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.*	
Equipo médico duradero y suministros relacionados (Para conocer la definición del término "equipo médico duradero", consulte el capítulo 12 y la sección 7 del capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores del habla, 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.*	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.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Si antes de inscribirse en Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO), ya había pagado los 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO) será 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 afección médica 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 prevenir 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 médica que empeora rápidamente. La cobertura de emergencia se brinda a nivel internacional.	Copago de $90 por visita a una sala de emergencias. (Eximido si es internado por la misma afección en un plazo de 24 horas). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita seguir internado después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, debe hacerlo en un hospital de la red para seguir teniendo cobertura, O BIEN en un hospital fuera de la red que esté autorizado en el plan y, 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 para la salud y el bienestar El Programa de Ejercicios y Envejecimiento Saludable de Silver&Fit® es un programa de acondicionamiento físico que está pensado para que pueda mejorar su estado de salud haciendo ejercicio de forma regular. Tiene las siguientes opciones a su disposición sin costo alguno: • **Acceso al gimnasio:** disfrute del acceso a un solo gimnasio de su elección entre una amplia red de ubicaciones que participan. Si quiere cambiar de gimnasio, puede llamar a Silver&Fit y pedir que lo transfieran.	No hay coseguro, copago ni deducible 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.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Puede solicitarlo una vez por mes y su nueva membrecía estará vigente a partir del primer día del mes siguiente. También puede acceder a una opción ampliada, con la que se les ofrece a los miembros una red expandida de gimnasios, por un precio adicional. • **Kit para hacer ejercicio en el hogar:** usted reúne los requisitos para recibir un (1) kit para hacer ejercicio en el hogar por año de beneficios. Los ejercicios son de diversas categorías. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series y Silver&Fit Connected! son marcas registradas de ASH. 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.	El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.
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, 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, San Diego Hearing Center o Sharp Rees-Stealy Audiology. *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.*	Copago de $0 por las evaluaciones para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio. **Audífonos:** en el plan, pagamos hasta $3,000 para audífonos cada tres años. **Ajuste y exámenes de audífonos (hasta 2 visitas por año):** Copago de $0 con un proveedor de la red. El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Audífonos Nos asociamos con HearUSA y San Diego Hearing Center para ofrecer audífonos. También puede comprar los audífonos a través de otro proveedor. 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). Si elige un proveedor fuera de la red, deberá pagar los audífonos y luego presentar un formulario de reembolso del miembro al plan para solicitar el reembolso. *Se debe obtener una autorización previa del plan para los audífonos ofrecidos por proveedores dentro y fuera de la red.*	
Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos los siguientes servicios: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para las embarazadas, cubrimos los siguientes servicios: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen las condiciones para los exámenes de detección del VIH preventivos con cobertura de 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 de atención de salud en el hogar 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, 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).	Copago de $0 por visita de salud a domicilio.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Terapias física, ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipos médicos. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
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 conforme al 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Coseguro del 20 % por los medicamentos, los equipos y los suministros de pruebas e infusión en el hogar. Copago de $0 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 un centro para enfermos terminales Podrá recibir el beneficio de atención en un centro para enfermos terminales si su médico y el director médico de este centro le han diagnosticado una enfermedad terminal y certifican que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad continúa el curso normal. Puede recibir atención de parte de cualquier programa de centro para enfermos terminales con certificación de Medicare. Su plan está obligado a brindarle ayuda para que encuentre programas en centros para enfermos terminales con certificación de Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o no.	Cuando se inscribe en un programa de un centro para enfermos terminales con certificación de 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 estarán a cargo de Original Medicare y no del plan.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • 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 su plan. Si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para servicios en centros para enfermos terminales y servicios con cobertura de Medicare Parte A o Medicare Parte B que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: Con Original Medicare (en lugar de nuestro plan), se pagarán los servicios que se brindan en un centro para enfermos terminales, todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y al proveedor del centro para enfermos terminales. 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 se paguen a través de este plan. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para servicios con cobertura de Medicare Parte A o Medicare Parte B que no están relacionados 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). • 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 de la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare).	

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para servicios que tienen cobertura de nuestro plan, pero no de Medicare Parte A ni Parte B: Con nuestro plan, se seguirán cubriendo los servicios con cobertura de nuestro plan que no tengan cobertura de Medicare Parte A ni 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 a través del beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no se relacionan con su enfermedad en centro para enfermos terminales, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su enfermedad en centro para enfermos terminales, entonces, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro para enfermos terminales y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5, "¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales con certificación de Medicare?". **Nota:** Si necesita servicios que no sean los que se brindan en un centro para enfermos terminales (atención que no esté relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinarlos. Con nuestro plan, se cubren los servicios de consulta en un centro para enfermos terminales (por única vez) para personas que tengan una enfermedad terminal y no hayan elegido el beneficio de atención en un centro de este tipo.	
Vacunas Entre los servicios con cobertura de Medicare Parte B se incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas (si está en riesgo), siempre que se cumplan las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos algunas vacunas como parte de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte nuestra *Lista de medicamentos* para obtener información sobre los costos de las vacunas de la Parte D. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
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. • Pruebas 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. • Terapias física, ocupacional, del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento con internación por abuso de sustancias.	**Atención de hospitalización** Días 1 a 7: $225 por día. Día 8 en adelante: $0 por día. Con nuestro plan, se 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)** Días 1 a 7: $225 por día. Días 8 a 90: $0 por día.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 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, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por uno de los centros de trasplantes con aprobación de Medicare; y en dicho centro se 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 con el plan se proporcionan 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 concentrado de eritrocitos 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. • 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. Encontrará más información en una hoja informativa de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (*¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!*).	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 existe un límite en la cantidad de 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 costo será equivalente al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.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. Puede llamar a estos números sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.* *Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
Servicios de internación en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención 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. *Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.* *Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Días 1 a 7: $250 por día. Días 8 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 existe un límite en la cantidad de 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.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	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.
Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura Si la internación no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en ciertos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté internado en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los siguientes son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios prestados por médicos. • Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, pruebas 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 (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente) o el funcionamiento de un órgano interno que tenga una disfunción o no funcione de manera permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. • Aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Terapias física, ocupacional y del habla.	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** Coseguro del 15 %. **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):** Copago de $75. **Servicios de radiología terapéutica:** Copago de $60. **Servicios de laboratorio:** Copago de $0. **Radiografías (incluyen ultrasonidos y otros servicios de radiología de diagnóstico que no son complejos):** Copago de $10.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Se puede requerir la autorización previa del plan. *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	**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 $30.
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 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 con cobertura de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare); posteriormente, 2 horas por año. Si su afección, 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 en el nuevo año calendario. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia de nutrición médica con cobertura de Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios que reúnan las condiciones de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamientos asociados a la salud que brinda 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
Medicamentos con receta de Medicare Parte B Estos medicamentos tienen cobertura de Original Medicare Parte B. Nuestros miembros reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no puede administrarse y se inyectan o aplican mediante transfusión mientras recibe servicios de un médico, en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que toma mediante el uso de un equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) y que están autorizados en el plan. • Factores de coagulación que usted se inyecta si padece hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, siempre y cuando esté inscrito en Medicare Parte A cuando se realice el trasplante del órgano. • 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. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas.	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.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen® o Procrit®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. También cubrimos algunas vacunas como parte de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D. En el capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta 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 con receta de la Parte D. *Se puede requerir la autorización previa del plan.*	
Controles y tratamientos contra la obesidad 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los controles preventivos y tratamientos contra la obesidad.
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.	Copago de $0 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios 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. • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluye administración y almacenamiento). La cobertura de sangre total y concentrado de eritrocitos 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. • Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	**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):** Copago de $75 por procedimiento. **Servicios de radiología terapéutica:** Copago de $60. **Radiografías (incluyen ultrasonidos y otros servicios de radiología de diagnóstico que no son complejos):** Copago de $10. **Suministros médicos (como vendajes, férulas, yesos):** Coseguro del 20 %.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Pruebas de laboratorio: Copago de $0. **Análisis de sangre:** Copago de $0. **Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico:** Coseguro del 15 %.
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. Encontrará más información en una hoja informativa de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (*¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!*). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. También puede solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $225 por servicios de observación.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 en 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 en 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. Encontrará más información en una hoja informativa de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!* (*¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!*). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.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. Puede llamar a estos números sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Departamento de Emergencias:** Copago de $90 (eximido si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas). **Visita a clínica para atención ambulatoria:** Copago de $0 por visita. **Cirugía ambulatoria:** Copago de $100 por visita. **Servicios de observación:** Copago de $225 por visita. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** Coseguro del 15 %. **Servicios de laboratorio:** Copago de $0. **Hospitalización parcial (incluye medicamentos y productos biológicos):** Copago de $0 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):** Copago de $75.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Se puede requerir la autorización previa del plan. *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	**Servicios de radiología terapéutica:** Copago de $60. **Radiografías (incluyen ultrasonidos y otros servicios de radiología de diagnóstico que no son complejos):** Copago de $10. **Suministros médicos:** Coseguro del 20 %.
Servicios ambulatorios de atención de salud mental Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental con calificación de Medicare según lo permitido por las leyes estatales correspondientes. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $20 por visita de terapia individual o grupal.
Servicios de rehabilitación ambulatoria 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $30 por visita a un especialista.
Servicios ambulatorios para abuso de sustancias Terapia individual o grupal relacionada con el abuso de sustancias. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 por visita de terapia individual o grupal autorizada.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $100.
Artículos de venta libre Este beneficio se ofrece a través de OTC Health Solutions (OTCHS). Puede realizar un pedido en línea o por teléfono, o comprar artículos de venta libre directamente en las tiendas seleccionadas de CVS Pharmacy®. • Con el plan, se paga hasta el monto de la asignación de beneficios por trimestre calendario (cada 3 meses) por productos de salud de venta libre que reúnen los requisitos a través de nuestro catálogo de artículos de venta libre, como aspirinas, vitaminas, medicamentos comunes para tratar el resfrío y otros artículos sin receta. • No puede exceder el límite de su beneficio trimestral cuando realiza compras en línea o por teléfono. Se pueden aplicar otros límites y restricciones. • Los montos de beneficios no utilizados no se transfieren. Al comienzo de cada trimestre, su asignación se restablecerá según su límite de beneficio trimestral. Para encontrar nuestro catálogo de artículos de venta libre y las instrucciones para realizar pedidos en línea o por teléfono, visite cvs.com/otchs/sharp o comuníquese con OTCHS al 1-888-628-2770 (TTY: 711).	No hay coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre cubiertos. En el plan, pagamos hasta $100 por artículos de venta libre cada tres meses.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para encontrar una tienda habilitada de CVS Pharmacy® que ofrezca productos de OTCHS cerca de su hogar, visite https://www.cvs.com/otchs/sharp/storelocator o comuníquese con OTCHS al 1-888-628-2770 (TTY: 711). En el momento de pagar, infórmele al cajero que usted goza de los beneficios de OTC Health Solutions y muéstrele su tarjeta de identificación de miembro de Sharp Health Plan.	
Servicios de hospitalización parcial 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 o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Debido a que no contamos con centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solamente si se brinda como servicio ambulatorio en hospital. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 por visita.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • 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.	**Visita al médico de atención primaria:** Copago de $0. **Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria:** Copago de $0 por visita. **Visita al especialista:** Copago de $0. **Centro quirúrgico ambulatorio certificado:** Copago de $100. **Departamento hospitalario para atención ambulatoria:** Consulte la sección “Servicios ambulatorios en hospital” de este cuadro de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ 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. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por uso de sustancias o con trastornos de salud mental que ocurren al mismo tiempo, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ○ Usted tuvo una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe los servicios de telesalud. ○ Pueden hacerse excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias. • Los servicios de telesalud para visitas por salud mental son proporcionados por Clínicas de Salud Rural 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.	**Exámenes básicos de audición:** Consulte la sección “Servicios para la audición” de este cuadro de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ 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. ○ 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 es 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 servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico). *Se puede requerir la autorización previa del plan para ciertos servicios de especialistas.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios de especialistas.*	
Servicios de podiatría Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo).	Copago de $0 por visita.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Cuidado de los pies de rutina para los miembros con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
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 prostático específico (PSA). *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual. **Examen de tacto rectal:** Copago de $0. **Examen de tacto rectal no relacionado con el examen anual para detectar cáncer de próstata:** Coseguro del 15 %.
Prótesis y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo, en forma total o parcial. Por ejemplo, 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 con la reparación o el reemplazo de las prótesis. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas (consulte "Atención de la visión", más adelante en esta sección, para obtener más detalles). *Se puede requerir la autorización previa del plan.*	**Prótesis:** Coseguro del 20 %. **Suministros médicos relacionados:** Coseguro del 20 %.
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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $20 por visita al consultorio de un especialista.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no dependen de él. Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento), proporcionadas por un médico de atención primaria o un profesional de la salud calificados en un ámbito de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible 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 indicación escrita 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. *Para exámenes para detectar cáncer de pulmón con LDCT luego del examen inicial con LDCT*: la persona inscrita debe recibir una indicación escrita para un examen para detectar cáncer de pulmón con una LDCT, que puede ser brindada durante una visita apropiada 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.	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.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Se puede requerir la autorización previa del plan. *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
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 una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales por año de asesoramiento sobre el comportamiento de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un ámbito de atención primaria, como el consultorio de un médico. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento para la prevención de ITS que tiene cobertura de Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Educación sobre la enfermedad renal para dar información a los miembros sobre los cuidados del riñón y ayudarlos a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales 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 brinda este servicio no esté disponible o no se pueda acceder a él en ese momento). • Tratamientos de diálisis con hospitalización (si es admitido como paciente internado en un hospital 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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Si quiere obtener más información sobre medicamentos con cobertura de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B”. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 por educación sobre la enfermedad renal. Coseguro del 20 % por los servicios cubiertos para tratar la enfermedad renal.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura en la contraportada de este manual.	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 de este documento. 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 se requiere una estadía previa en el hospital. 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 concentrado de eritrocitos 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 en los SNF.	Días 1 a 20: $0 por día. Días 21 a 41: $125 por día. Días 42 a 100: $0 por día. Los períodos de beneficios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención en un centro de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que lo internan en el hospital o en un SNF. El período de beneficios finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención de hospitalización (o atención especializada en un SNF). Si ingresa en un hospital o en este tipo de centro después de finalizado un período de beneficios, comienza otro período de beneficios.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Pruebas de laboratorio ofrecidas normalmente en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología ofrecidos normalmente en los SNF. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, ofrecidos normalmente en los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Por lo general, la atención que recibirá en un SNF será en centros de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias (que se enumeran a continuación), es posible que deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago. • 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 SNF donde vive su cónyuge cuando usted abandona el hospital. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	
Ayuda para dejar de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos el asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada tratamiento incluye hasta cuatro visitas personalizadas. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma un medicamento susceptible al tabaco: cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos el asesoramiento para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses, pero usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada tratamiento incluye hasta cuatro visitas personalizadas.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco que tienen cobertura de Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicios supervisada La terapia de ejercicios supervisada está cubierta para miembros que tengan la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión de PAD del médico responsable del tratamiento de esta 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 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. *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata, pero que dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtenerlos de un proveedor de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Se deben necesitar los servicios de inmediato y estos tienen que ser médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente atención médica de un proveedor de la red, entonces, su plan cubrirá los servicios de urgencia que sean brindados por un proveedor fuera de la red.	Copago de $30. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago. Copago de $90 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) Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Servicios ambulatorios de médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluido el tratamiento para 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. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen para detectar glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son aquellas 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 la retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si se le realizan dos cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos anteojos después de la segunda cirugía). *Se puede requerir la autorización previa del plan.* *Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 por los exámenes de ojos con cobertura de Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de $0 por las visitas al consultorio con cobertura de Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. En general, estas visitas son para recibir atención de la visión que no es de rutina por parte de un especialista, como un oftalmólogo. No hay coseguro, copago ni deducible para los anteojos o lentes de contacto con cobertura de Medicare después de una cirugía de cataratas.

Servicios que están cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 BIEN 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 se brindan a través Vision Service Plan (VSP). Puede comunicarse con VSP llamando al (855) 492-9028.	**Examen de ojos de rutina (hasta 1 por año):** Copago de $0. **Anteojos o lentes de contacto con receta (cada dos años):** Copago de $20 para lentes estándares monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria. Con nuestro plan, se pagan hasta $350 cada dos años por marcos de anteojos o lentes de contacto. El monto que paga por estos servicios no se tiene en cuenta para su desembolso máximo.
Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye una revisión de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (como ciertos exámenes y vacunas) y remisiones para otro tipo de atención, si lo necesita. **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 “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos a través del plan?

Sección 3.1 Servicios *sin* cobertura (exclusiones)

En esta sección, se explica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos en este plan.

En el siguiente cuadro, se enumeran los servicios y los artículos que no están cubiertos en ningún caso o que 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 recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y no se pagarán con nuestro plan. 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 de no cubrir un servicio médico, lea la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Servicio de ambulancia si se utiliza exclusivamente para la comodidad de la persona o cuando otra forma de transporte disponible es más apropiada.	✔	
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.

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✔ • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con alguna 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 es el cuidado personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, la ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	✔	
Dispositivos y procedimientos para determinar el sexo de un feto.	✔	

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Diagnóstico y tratamiento de trastornos de aprendizaje o aquellos servicios orientados principalmente al tratamiento de los trastornos sociales o de aprendizaje. Asesoramiento para actividades de carácter educativo. Asesoramiento para el funcionamiento intelectual límite. Asesoramiento para problemas ocupacionales. Asesoramiento relacionado con la toma de conciencia. Asesoramiento vocacional o religioso. Asesoramiento para problemas maritales. Examen de coeficiente intelectual. Pruebas psicológicas para niños requeridas para la inscripción en entidades educativas.		✔ Tienen cobertura solo si se los exige específicamente con Medicare.
Suministros médicos descartables que no son ofrecidos en los hospitales, en los consultorios del médico ni por los profesionales que brindan atención de salud en el hogar.	✔	
Partos opcionales en el hogar.	✔	
Procedimientos o servicios voluntarios o electivos para mejorar algunos aspectos (abarca pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, procedimientos con fines cosméticos, métodos contra el envejecimiento y desempeño mental), a menos que sean médicamente necesarios.	✔	

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Equipos o suministros diseñados para acondicionar el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas, medias de descanso y otros equipos principalmente no médicos.	✔	
Procedimientos médicos y quirúrgicos y equipos y medicamentos que son experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare considera que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✔ Es posible que tengan cobertura de Original Medicare como un estudio de investigación clínica aprobado en Medicare o en nuestro plan. (Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los honorarios que cobran sus familiares más cercanos o las personas que viven con usted por brindar atención.	✔	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✔	
Estudios, tratamientos o asesoramiento genéticos exclusivamente para determinar el sexo de un feto por razones no médicas (como pruebas solicitadas por un tribunal), para los miembros que no tienen pruebas clínicas o antecedentes familiares de una anomalía genética o 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.	✔	

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
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.	✔	
Los servicios de ayuda en el hogar incluyen asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o la preparación de comidas ligeras.	✔	
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.	✔	
Servicios para tratar la infertilidad.	✔	
Servicios de laboratorio o radiología realizados como pruebas de detección o sin que haya una enfermedad o síntomas.		✔ Tienen cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos alternativos o naturales).	✔	
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 de la persona.	✔	

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Los artículos personales que se encuentran en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✔	
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.	✔	
Habitación privada en un hospital.		✔ Tiene cobertura solo cuando es médicamente necesaria.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para ayudar a personas con problemas de visión.	✔	
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.	✔	
Cuidado de los pies de rutina.		✔ 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 en Original Medicare.	✔	

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Servicios brindados a los veteranos en centros que pertenecen al Departamento de Asuntos de Veteranos.		✔ 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 reembolsamos la diferencia a los veteranos. 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.		✔ Tienen cobertura solo si el PCP del miembro brinda o autoriza los servicios, o si se consideran servicios de urgencia o de emergencia.
Pruebas, servicios o suministros para la concepción mediante una madre sustituta no inscrita en nuestro plan. Si la madre sustituta está inscrita en nuestro plan, los gastos médicos relacionados con el embarazo se cubrirán a través del plan.	✔	

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Los siguientes servicios de salud mental: Cualquiera de los servicios cubiertos a través del Programa de Asistencia para Empleados (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 solo si se los exige específicamente con Medicare.
Tratamiento de disfunción o impotencia sexual.	✔	

Con el plan, no se cubren los servicios excluidos enumerados en el cuadro anterior. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y no se pagarán con nuestro plan.

Exclusiones y limitaciones del beneficio dental suplementario

Con Dental Advantage by 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 sharpmedicareadvantage.com/our-plans/dental-care.

Limitaciones:

- Una radiografía de boca completa cada 24 meses.

Exclusiones:

- Implantes.
- Dentaduras postizas, separadores dentales, coronas y puentes perdidos o hurtados.
- Ortodoncia o aparatos para mover dientes permanentes.
- Servicios dentales que no fueron prestados por dentistas asignados contratados por Delta Dental.

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 con 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 menor que ± 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Con el plan de la visión suplementario, no se cubre el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, que tiene cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos de este capítulo.
- 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).

- 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.
- 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 sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar la cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte 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.

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

Generalmente, con el plan se cubrirán sus medicamentos siempre que siga estas reglas básicas:

- Usted debe solicitar a un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada para recetar) que le escriba una receta médica que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada para recetar que le escriba su receta no debe figurar en las *Listas de Exclusión o Preclusión* de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para adquirir sus medicamentos con receta. (Consulte la sección 2, “Adquiera sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de encargo por correo del plan”).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*) del plan. (Se la denomina *Lista de medicamentos* para abreviar). (Consulte la sección 3, “Sus medicamentos deben figurar en la *Lista de medicamentos* del plan”).
- Su medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. El término “indicación médicamente aceptada” se refiere al uso de un medicamento que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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 podríamos cubrir los medicamentos con receta que se adquieran en una farmacia fuera de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy) o llamar a Servicio al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que usa abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede solicitar ayuda a Servicio al Cliente o consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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 acceder a sus beneficios de la Parte D en uno de estos centros, comuníquese con Servicio al Cliente.
- 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 despachan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a ciertos lugares, o que requieren capacitación sobre su uso, coordinación con el proveedor o un manejo especial. (Nota: Esta situación es muy poco frecuente).

Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de encargo por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de encargo por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de este servicio son medicamentos que toma con regularidad para tratar una afección médica 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 90 días.

Para obtener formularios e información sobre cómo surtir sus recetas 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. Sin embargo, a veces los encargos por correo se pueden demorar. Si este es el caso, en el plan le permiten realizar una anulación debido a la demora. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener la aprobación de la 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 de su 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, llame 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 en el pasado y no quiere que la farmacia le envíe de forma automática las recetas médicas nuevas, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Si nunca usó el servicio de encargo por correo o decide dejar de surtir de forma automática las recetas médicas nuevas, 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.

Renovación de pedidos mediante el servicio de encargo de medicamentos 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, 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 acaben sus medicamentos actuales. 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 Caremark.com, o comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

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

Sección 2.4 ¿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 los que toma con regularidad para tratar una afección 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*. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.
2. Además, usted puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de encargo por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

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

En algunas circunstancias, es posible que su receta esté cubierta

En general, cubrimos los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero en Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que 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.

A continuación, mencionamos algunas circunstancias en las que podríamos cubrir los medicamentos con receta que se adquieran en una farmacia fuera de la red:

- **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 atención de urgencia; que estén incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* sin restricciones y que no estén excluidos de la cobertura de Medicare Parte D.

- **Cobertura durante viajes o 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 con usted y asegúrese de consultar el *Directorio de farmacias* para ubicar una farmacia de la red según su plan de viaje. Si sale del país, es posible que pueda obtener un suministro de más días para llevar consigo antes de salir de viaje hacia un lugar donde no hay farmacias de la red disponibles.

- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red con atención las 24 horas dentro de una distancia razonable para acudir en un 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 su área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban sus medicamentos, si pierde los medicamentos o si se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.

- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D despachado por la farmacia de una institución fuera de la red mientras se encuentra en el Departamento de Emergencias, en una clínica de proveedores, en cirugía ambulatoria o en otro entorno ambulatorio.

- Si no se surten sus recetas cuando se declara un estado de catástrofe estatal o federal, o alguna otra emergencia de salud pública por la que debe ser evacuado o desplazado de 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.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en vez de pagar su parte normal del costo) cuando adquiera sus medicamentos con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la sección 2.1 del capítulo 7, se explica cómo solicitar al plan que le reembolse el dinero).

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

En el plan, hay una *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar**.

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

Los medicamentos de la lista son solo aquellos cubiertos con Medicare Parte D.

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de medicamentos* del 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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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 *DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX).

En la *Lista de medicamentos*, se incluyen medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en un proteína) se denominan “productos biológicos”. Cuando en la *Lista de medicamentos* se hace referencia a “medicamentos”, puede significar 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. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, 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, pero su costo es menor. Existen medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca y a algunos productos biológicos.

¿Qué es lo que *no* se incluye en la *Lista de medicamentos*?

Con el plan, no se cubren todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no le permite a ningún plan de Medicare que cubra determinados tipos de medicamentos (si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la *Lista de medicamentos*. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no figura en la *Lista de medicamentos*. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

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

Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en alguno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento:

- **Costo compartido del nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**

  Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Costo compartido del nivel 2: Medicamentos genéricos**

  Incluye medicamentos genéricos.
- **Costo compartido del nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**

  Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Costo compartido del nivel 4: Medicamentos no preferidos**

  Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

- **Costo compartido del nivel 5: Medicamentos de especialidad**

  Incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana.

- **Costo compartido del nivel 6: 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 indica en el capítulo 6, "Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D".

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento en particular figura en la *Lista de medicamentos*?

Tiene dos formas de hacerlo:

1. Visite el sitio web del plan (sharpmedicareadvantage.com/druglist). La lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
2. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la *Lista de medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen algunas reglas especiales que restringen cómo y cuándo tienen cobertura del plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para apuntar a 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 quiere 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 recetado por su proveedor de atención de salud y probablemente rijan diferentes restricciones o montos de costo compartido a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; una o dos dosis diarias; comprimidos o jarabe).

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

En las siguientes secciones, se informa sobre los tipos de restricciones que aplicamos a ciertos medicamentos.

Si existe alguna restricción para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos los medicamentos. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber qué deberán hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si quiere que no apliquemos la restricción en su caso, deberá iniciar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no en anular la restricción. (Consulte el capítulo 9).

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento genérico funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso. **En la mayoría de los casos, cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, en nuestras farmacias de la red le ofrecerán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** No obstante, cubriremos el medicamento de marca especificado si su proveedor nos informa la razón médica por la cual el medicamento genérico no funcionará para usted; si en su receta de un medicamento de marca se indica que no se admiten sustituciones; *O BIEN* si nos informa la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto para tratar la misma afección serían eficaces. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan 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 en el plan no cubran su medicamento.

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 afección médica, en el plan pueden solicitarle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces con el plan se cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento distinto se llama **terapia escalonada**.

Aplicar 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 sucede si alguno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera?

Sección 5.1 Puede tomar algunas medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted quisiera

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 nuestro *Formulario* o que sí está, pero con 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, según se explica en la sección 4.
- 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.
- Puede tomar algunas medidas si su medicamento no tiene la cobertura que usted quisiera. Si su medicamento no figura en la *Lista de medicamentos* o tiene alguna restricción, vaya a la sección 5.2 para saber qué debe hacer.
- Si su medicamento figura en un nivel de costo compartido que hace que el precio sea más costoso de lo que usted piensa que debería ser, vaya a la sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no figura en la *Lista de medicamentos* o está restringido, estas son sus opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir en el plan que se cubra el medicamento o que no se 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 y decidir qué hacer.

Para reunir las condiciones para obtener un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **no debe estar más incluido en la *Lista de medicamentos* del plan** O **ahora debe estar restringido de alguna manera**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membrecía 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 en su receta se indican menos días, le permitiremos obtener el medicamento varias veces hasta cubrir un suministro para un máximo de 30 días. Debe adquirir el medicamento con receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que en la farmacia del centro de atención a largo plazo se brinden 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 emergencia 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, llame a Servicio al Cliente.

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:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento cubierto diferente en el plan que pueda ser igual de eficaz para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento con cobertura que tal vez funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar en el 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 pedir que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la *Lista de medicamentos* del plan. También puede solicitar que el plan haga una excepción y se 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 antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9, se explica lo que deben hacer. Además, se indican los procedimientos y las fechas límite definidos en Medicare para asegurarse de que su solicitud reciba el tratamiento apropiado en el tiempo correspondiente.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, a continuación se detalla lo que puede hacer:

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 para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. 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 dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la sección 6.4 del capítulo 9, se explica lo que deben hacer. Además, se indican los procedimientos y las fechas límite definidos en Medicare para asegurarse de que su solicitud reciba el tratamiento apropiado en el tiempo correspondiente.

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

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La *Lista de medicamentos* puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura 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:

- **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 uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

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. A continuación, le indicamos cuándo recibiría un aviso directo si los cambios afectaran a un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de su medicamento que lo afectan durante el año del plan en curso

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la *Lista de medicamentos* (o cambiamos el nivel de costo compartido, añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca o hacemos ambos cambios)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico figurará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de medicamentos*, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o hacer ambos cambios, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
  - Es posible que no le avisemos de ese cambio con anticipación, incluso si está tomando el medicamento de marca actualmente. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluye información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
  - Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.
- **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, posiblemente lo eliminemos de la *Lista de medicamentos* inmediatamente. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos enseguida.
  - La persona autorizada para recetar también estará al tanto de este cambio y seguramente trabajará con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **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, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la *Lista de medicamentos*. También podríamos modificar el nivel de costo compartido del medicamento de marca o aplicarle nuevas restricciones, o hacer ambos cambios. También 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.

- Para estos cambios, debemos enviarle una notificación por lo menos con 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y permitirle obtener un suministro de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba el aviso del cambio, usted deberá hablar con la persona autorizada para recetar con el propósito de cambiar a otro medicamento que cubramos o satisfacer cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando.
- Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Es posible que hagamos algunos cambios en la *Lista de medicamentos* que no fueron descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si usted está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. 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. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en los pagos ni ninguna restricción adicional en el uso del medicamento.

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 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos a través del plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que no se pagan con Medicare.

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:

- A través de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan, no se puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B.
- Con nuestro plan, no se puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- En nuestro plan, por lo general, no se puede cubrir el uso no indicado de medicamentos. El “uso no indicado de un medicamento” es cualquier uso distinto de los que figuran en la etiqueta de un medicamento, según esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Se permite la cobertura para un uso no indicado de un medicamento únicamente cuando se encuentra respaldado por ciertos documentos de referencia, como *American Hospital Formulary Service Drug Information* y *DRUGDEX Information System* (Sistema de información DRUGDEX).

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 quiere que, además, se contraten pruebas o servicios de control producidos exclusivamente por él, como condición de venta.

SECCIÓN 8
Cómo adquirir un medicamento con receta

Sección 8.1 Brinde su información de miembro

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

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su información de miembro en ese momento?

Si no tiene su información de miembro del plan en el momento de adquirir sus medicamentos con receta, usted o el farmacéutico pueden comunicarse con el plan para obtener la información necesaria.

Si en la farmacia no pueden obtener esta información, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento en el momento de retirarlo**. (Luego, podrá **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la sección 2.1 del capítulo 7 para saber cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 9
Cobertura de medicamentos

de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta a través del plan?

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

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

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 proveedores y farmacias* 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 si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al Cliente. 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.

¿Qué sucede 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 5.2 sobre un suministro temporario o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos a través de un plan de grupo del empleador o de jubilación?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de un grupo de empleador o jubilación (suyo o de su cónyuge), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**, que puede ayudarlo a determinar cómo funcionará la cobertura de medicamentos con receta 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 pagaría 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 el plan tiene cobertura de medicamentos con la que se espera que se pague, en promedio, al menos tanto como con la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Conserve este aviso sobre cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una 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 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales con certificación de 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 recibir estos medicamentos que deberían estar cubiertos en el plan, pídales 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

Sección 10.1 Programas para que los miembros puedan usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones de la utilización de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que usted adquiere un medicamento con receta. También controlamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

- Posibles errores en la medicación.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento 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 observamos un posible problema en la utilización de sus medicamentos, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 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 distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis hace poco, es posible que nos comuniquemos con sus médicos para asegurarnos de que el uso de estos medicamentos sea adecuado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con sus médicos, que su uso de los medicamentos opioides o las benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar 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 determinados médicos.
- 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 explicarán las limitaciones que creemos que corresponden en su caso. Usted podrá decirnos qué médicos o farmacias prefiere y brindarnos cualquier otro tipo de información que considere que debamos 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 determinación, usted o la persona autorizada para recetar tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, analizaremos su caso y tomaremos una 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 a nuestro 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 activo 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 10.3 Mediante el programa de Administración de Terapia con Medicamentos, se 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 toman medicamentos para tratar diferentes afecciones médicas y que tienen que afrontar costos de medicamentos muy altos, o que participan en el DMP para usar los medicamentos opioides de manera segura podrían recibir servicios a través del programa de MTM. 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 alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:
Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

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 y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales en los que se explica la cobertura de sus medicamentos

En este capítulo, se describe cuánto paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, utilizaremos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. Como se explicó en el capítulo 5, no todos los medicamentos tienen cobertura de Medicare Parte D: algunos tienen cobertura de la Parte A o la Parte B y algunos otros están excluidos de la cobertura de Medicare por 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 las secciones 1 a 4 del capítulo 5 se explican estas reglas.

Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos cubiertos

Hay distintos tipos de costos de desembolso por medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido”, y existen tres formas de pago.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro 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 1.3 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 cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - La etapa de cobertura inicial.
    - La etapa de brecha de cobertura.
- 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.

Es importante quién paga

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se los incluye en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el sida o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa Ayuda Adicional de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos hechos a través del Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare. Además, se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que se paga con el plan por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $7,400 en costos de desembolso dentro del año calendario, pasará de la etapa de brecha de cobertura 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:

- La prima mensual.
- Los medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no se cubren con nuestro plan.
- Los medicamentos que usted obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen 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 con cobertura de la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos de sus medicamentos de marca o genéricos realizados a través del plan durante la etapa de brecha de cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados a través de planes de salud de grupo, incluidos planes de salud de empleadores.
- Los pagos de sus medicamentos realizados a través de algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el Gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, seguro del trabajador).

Recuerde: Si a través de alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, se paga una parte o el total de sus costos de desembolso por los medicamentos, usted tiene la obligación de informar al plan. Para hacerlo, llame a Servicio al Cliente.

¿Cómo puede llevar el registro del total de sus costos de desembolso?

- **Lo ayudaremos.** En el informe *EOB de la Parte D* que recibió, se incluye el monto actual de sus costos de desembolso. Cuando este monto alcance los $7,400, en el informe le notificaremos que ha dejado la etapa de brecha de cobertura y que ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En la sección 3.2, se ofrece información sobre lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que usted gasta estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2
Lo que usted paga por un

medicamento depende de la etapa de pago en la que se encuentre en el momento de obtenerlo

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO)?

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos con receta según Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO). El monto que paga 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 figuran en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Estas son las etapas:

Etapa 1: etapa de deducible anual
Etapa 2: etapa de cobertura inicial
Etapa 3: etapa de brecha de cobertura
Etapa 4: etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que debe pagar por las insulinas: No deberá pagar más de $35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

SECCIÓN 3
Le enviaremos informes para explicarle sobre los pagos de los medicamentos y sobre la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D*)

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 por primera vez o las veces siguientes. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Llevamos el registro de cuánto paga. Esto se denomina **costo de desembolso**.
- Llevamos el registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que paga de su bolsillo, u otros pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

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

- **La información de ese mes.** En este informe, se brindan los detalles de pago de los medicamentos con receta que adquirió durante el mes anterior. Se muestran los costos totales de medicamentos, lo que se pagó a través del plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los costos totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se denomina “información del año hasta la fecha”. 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.** Esta información incluye los precios totales de los medicamentos e información sobre aumentos en el precio a partir de su primera adquisición; dicha variación puede incidir en todos los reclamos de determinado medicamento 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.

Sección 3.2 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 membrecía cada vez que adquiera un medicamento con receta.** Al hacer esto, nos ayuda a asegurarnos de que tengamos conocimiento de los medicamentos 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 compre 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 de nuestro plan.
    - Cuando realizó un copago por medicamentos que obtuvo a través de un programa de asistencia para 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 solicitarnos que paguemos nuestra 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 la mayoría de 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 cree que falta algo o tiene preguntas, llámenos a Servicio al Cliente. Si eligió recibir la *EOB de la Parte D* de manera electrónica, puede consultarla en línea, en Caremark.com. Asegúrese de conservar estos informes.

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

No hay deducible para el plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (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 su cobertura en esta etapa.

No hay deducible para insulinas seleccionadas en el plan
Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO). Durante la etapa de deducible, su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35 por un suministro para un mes. Para conocer cuáles son las insulinas seleccionadas, consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos de manera electrónica. Para identificar las insulinas seleccionadas, busque los medicamentos que están marcados con las letras **SI** en nuestra *Lista de medicamentos*. Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos*, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 5
Durante la etapa de cobertura inicial, en el plan pagamos nuestra parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya

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 con receta cubierto y usted paga la suya (el monto de copago o coseguro). La parte del costo que le corresponde a usted varía según el medicamento y el lugar donde lo adquiera.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en alguno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento:

- **Costo compartido del nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**
  Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Costo compartido del nivel 2: Medicamentos genéricos**
  Incluye medicamentos genéricos.
- **Costo compartido del nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**
  Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Costo compartido del nivel 4: Medicamentos no preferidos**
  Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.
- **Costo compartido del nivel 5: Medicamentos de especialidad**
  Incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana.
- **Costo compartido del nivel 6: 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. Cubrimos los medicamentos con receta que se adquieren en farmacias fuera de la red solo en limitadas situaciones. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber en qué circunstancias cubrimos los medicamentos que se adquieren en estas farmacias.
- 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* del plan.

Sección 5.2 En este cuadro, se indican sus costos del suministro de un medicamento para *un mes*

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponde por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se indica en el siguiente cuadro, 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.

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

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**Costo compartido del servicio de encargo por correo** (suministro para hasta 30 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro para hasta 34 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**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). Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $2.	Copago de $0.	Copago de $2.	Copago de $2.

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**Costo compartido del servicio de encargo por correo** (suministro para hasta 30 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro para hasta 34 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**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). Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de $8.	Copago de $0.	Copago de $8.	Copago de $8.
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 $95.	Copago de $95.	Copago de $95.	Copago de $95.

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**Costo compartido del servicio de encargo por correo** (suministro para hasta 30 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro para hasta 34 días) Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].	**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). Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35[1].
Costo compartido del nivel 5 (medicamentos de especialidad)	El 33 % del costo.	El 33 % del costo.	El 33 % del costo.	El 33 % del costo.
Costo compartido del nivel 6 (medicamentos seleccionados)	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.

[1] En 2023, este plan participará en el Programa de Ahorros en Insulina para Adultos Mayores que brinda insulinas seleccionadas con un costo de desembolso asequible y predecible durante las etapas de deducible, de cobertura inicial y de brecha de cobertura de su beneficio de la Parte D. Durante estas etapas, usted paga $35 por un suministro de insulinas seleccionadas para un mes. Si participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare, es posible que el costo sea menor. Para conocer cuáles son las insulinas seleccionadas, consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos de manera electrónica.

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 con receta cubre un suministro para un mes completo. En ciertas ocasiones, usted o su médico podrían querer menos que un suministro de un mes de un 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 de los diferentes medicamentos con receta.

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

- Si le corresponde un 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. Calcularemos el monto que usted paga por día por el medicamento (la tasa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días por la que recibe dicho medicamento.

Sección 5.4 En este cuadro, se indican sus costos para el suministro de un medicamento *a largo plazo* (90 días)

Puede obtener el suministro de algunos medicamentos a largo plazo (también denominado “suministro prolongado”). Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días.

En el siguiente cuadro, se muestra cuánto paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- 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.

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

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) **(suministro para hasta 90 días)** Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $105[1].	**Costo compartido del servicio de encargo por correo** **(suministro para hasta 90 días)** Su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $70[1].
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $6.	Copago de $0.
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos genéricos)	Copago de $24.	Copago de $0.
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 $285.	Copago de $190.
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.

[1] En 2023, este plan participará en el Programa de Ahorros en Insulina para Adultos Mayores que brinda insulinas seleccionadas con un costo de desembolso asequible y predecible durante las etapas de deducible, de cobertura inicial y de brecha de cobertura de su beneficio de la Parte D. Durante estas etapas, usted paga $35 por un suministro de insulinas seleccionadas para un mes. Si participa en el programa Ayuda Adicional de Medicare, es posible que el costo sea menor. Para conocer cuáles son las insulinas seleccionadas, consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos de manera electrónica.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen un monto de $4,660

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya adquirido alcance el **límite de $4,660 para la etapa de cobertura inicial**.

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. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,660 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si lo alcanza, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de brecha de cobertura. Consulte la sección 1.3 para obtener información sobre cómo se calculan en Medicare sus costos de desembolso.

SECCIÓN 6
Costos de la etapa de brecha de cobertura

Cuando usted está en la etapa de brecha de cobertura, se le ofrecen descuentos de los fabricantes en los medicamentos de marca a través del Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare. Usted paga el 25 % del precio negociado (excluida la tarifa de expendio) por los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el que descuenta el fabricante se tienen en cuenta para calcular sus costos de desembolso como si los hubiera pagado usted y, de esta manera, avanza en la etapa de brecha de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos, y en el plan pagamos el resto. El monto que usted paga es el único que se tiene en cuenta y que le permite avanzar en la etapa de brecha de cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen el monto máximo establecido en Medicare. Una vez que alcanza este límite de $7,400, sale de la etapa de brecha de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Durante la etapa de brecha de cobertura, el plan ofrece cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante esta etapa, su costo de desembolso para insulinas seleccionadas será de $35 por un suministro para un mes. Para conocer cuáles son las insulinas seleccionadas, consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos de manera electrónica. Para identificar las insulinas seleccionadas, busque los medicamentos que están marcados con las letras **SI** en nuestra *Lista de medicamentos*. Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos*, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de este manual).

En Medicare hay reglas relacionadas con lo que se tiene y *no* se tiene en cuenta como sus costos de desembolso (sección 1.3).

SECCIÓN 7
Durante la etapa de cobertura catastrófica, en el plan pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted pasa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso hayan alcanzado el límite de $7,400 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, en el plan pagaremos la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará lo siguiente:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea más alto, como se indica a continuación:
    - – un coseguro del 5 % del costo del medicamento;
    - – *o bien* un copago de $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal y un copago de $10.35 por todos los otros medicamentos.

SECCIÓN 8
Vacunas de la Parte D: lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que debe pagar por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayor parte de las vacunas de la Parte D sin costo alguno. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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. **El tipo de vacuna** (para qué se le administra dicha vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el capítulo 4, "Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)").
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se incluyen en la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*) del plan.
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 puede aplicarle la vacuna en la farmacia u otro 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 medicamentos en la que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar todo el costo, tanto el de la vacuna como el del proveedor que se la aplica. Puede solicitar que en el plan le devolvamos la parte del costo que nos corresponde.
- Otras veces, cuando obtiene una vacuna, pagará solo su parte del costo conforme al beneficio de la Parte D.

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

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

- Pagará en la farmacia el copago de la vacuna, que incluye el costo de su aplicación.
- En el plan, pagaremos el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará todo el costo, tanto el de la vacuna como el del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede solicitar que con el plan se pague la parte del costo que le corresponde mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que ha pagado menos el copago normal por la vacuna (incluida su administración).

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

- Deberá pagar en la farmacia el copago por la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar que con el plan se pague la parte del costo que le corresponde mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Recibirá un reembolso por el monto facturado por el médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo 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 del plan. En estos casos, puede solicitar que le devolvamos el dinero (a menudo se le denomina "reembolso"). 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 en 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, posiblemente, más de su parte del costo compartido, según se menciona en este documento. 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 en 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 le 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 de nuestro plan.**

   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 por error 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 directamente al plan y solicitarle a usted solamente 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 los 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 no le paguemos 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 el plan.

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

A veces, la inscripción de una persona en el 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. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de membrecía del plan.**

   Si no lleva consigo la tarjeta de membrecía del plan, puede pedir en la farmacia que llamen al plan o que busquen su información de inscripción en el plan. Ahora bien, si en la farmacia no logran obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

   Guarde el recibo y envíenos una copia para que le reintegremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

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 cubiertos* (*Formulario*) 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 solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de parte de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Es decir, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2
Cómo solicitar en el plan que le realicemos un reembolso o le 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 (http://sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources) o llame a Servicio al Cliente 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:	**Por atención médica:**
Attn: Medicare Part D Paper Claim - CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	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

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

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. 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 para apelar dicha decisión.

Sección 3.2 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 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1
En nuestro plan, debemos respetar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro

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

En el plan debemos 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 en el plan se cumplen estos requisitos de accesibilidad, entre otros: provisión 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 intérprete gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. *En el plan, también podemos brindarle material escrito en español.* También 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 que le brindemos información en el formato adecuado, llame a Servicio al Cliente.

En nuestro plan, tenemos 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 un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde debe ir para recibir dicho servicio con el mismo costo compartido que paga 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 para tramitar una reclamación (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual). 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, 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in Spanish and in large print)

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Care (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. 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, please call Customer Care (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Customer Care (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact our Customer Care for additional information.

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 en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una 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 en tiempo y forma de parte de especialistas cuando necesita 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 de este manual se indica qué puede hacer.

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

A través de la legislación federal y estatal, se protege la privacidad de sus registros médicos y de la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según se requiere en 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 brinda 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 con receta de la Parte D. Si a través de Medicare se divulga su información para investigación u otros usos, se 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.

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

Tiene derecho a consultar sus registros médicos del plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos lo pide, 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.

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 obtener alguna información de la que se menciona a continuación, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la 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 con receta 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 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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 se brinda con nuestro plan. Esto también incluye información relacionada con los programas que se ofrecen en nuestro 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 médicos 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. Por supuesto que, 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**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas con distintas denominaciones. Los documentos llamados ***Testamento vital*** y ***Poder legal para atención de salud*** son algunos ejemplos de estas instrucciones anticipadas.

Si quiere utilizar una instrucción anticipada para dar sus indicaciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el 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, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es aconsejable contar con la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debe entregarles 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 entregarles una copia a amigos o a miembros de su familia. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que debe 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.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las indicaciones allí estipuladas, 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 se trata de un caso de discriminación, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles

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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY/TDD: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otras cuestiones?

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:

- Puede **comunicarse con Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California**. Para obtener más detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- También **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **comunicarse con Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California**. Para obtener más detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Ingrese en el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Your Medicare Rights & Protections* (*Sus derechos y protecciones de Medicare*), disponible en medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2
Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, le indicamos qué debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente.

- **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 con receta de la Parte D.
- **Si cuenta con otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta 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 membrecía del plan en el momento de obtener atención médica o medicamentos con receta 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 del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos con 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 con receta.
    - 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 del plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membrecía 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, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 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.

En la guía de la sección 3, encontrará información que lo ayudará a identificar el proceso correcto que se debe implementar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué significan los 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, por lo que pueden resultarles difíciles de comprender. Para simplificar, en este capítulo:

- Se usa un vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, se emplea, en general, la expresión “presentar una queja” en lugar de “tramitar una reclamación”; “decisión de cobertura” en vez de “determinación de organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”; y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- Además, se ha reducido dentro de lo posible el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces bastante importante) que usted conozca la terminología legal correcta. Conocer qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse de manera más precisa a fin de obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar, incluimos términos legales al explicar cómo resolver determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2
Dónde obtener más información y asistencia 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. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda. En algunas situaciones, sin embargo, quizá también sea aconsejable obtener ayuda o asistencia de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, encontrará dos entidades 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 de la siguiente manera:

- Puede llamar 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3
¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, debe leer solamente las secciones de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le será de utilidad.

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

Esto incluye dudas sobre la cobertura de medicamentos con receta o la atención médica, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con su pago.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **sección 4: "Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Adelántese a la **sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención de salud, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4
Guía de los aspectos básicos

de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales

Las decisiones de cobertura y apelaciones se aplican en caso de problemas sobre beneficios, cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluido el pago. Este es el procedimiento que debe seguir 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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) cuando le brinda atención médica o cuando lo remite a un especialista. 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 otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. 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 el servicio o el medicamento no tienen cobertura de Medicare o han 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 el servicio, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, 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 no desestimamos su caso, pero rechazamos por completo o en parte su apelación de nivel 1, puede presentar una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 se revisará a través de una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros. (Las apelaciones relacionadas con servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a una organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2: usted no tiene que hacer nada. Para las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos por completo o en parte su apelación, tendrá que solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones relacionadas con la Parte D se analizan más adelante en la sección 6 de este capítulo). Si no está conforme con la decisión sobre la apelación de nivel 2, puede continuar apelando a través de otros niveles de apelación. (En la sección 9 de este capítulo, se explican los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones).

Sección 4.2 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:

- Puede llamarnos a Servicio al Cliente.
- Puede **obtener 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 y solicite el formulario de designación de representante. (También puede encontrarlo en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com).
    - Si se trata de atención médica o de medicamentos con receta 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 con receta 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.** Si quiere, puede designar a otra persona para que sea su representante y solicite 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 y solicite el formulario de designación de representante. (También puede encontrarlo en el sitio web de Medicare, cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com). Con este formulario, usted le otorga permiso a una persona para que actúe en su nombre. Dicho formulario debe estar firmado por 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 sin haber recibido el formulario, no podemos comenzar ni completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario de haber recibido su solicitud de apelación (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.** Comuníquese con su abogado o solicite uno a través de la asociación de abogados local o de otro servicio de remisiones. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. No obstante, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar ninguna clase de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes en las que se toman decisiones de cobertura y se presentan apelaciones. Dado que cada situación tiene distintas reglas y plazos, le brindamos detalles para cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “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 la sección que debe consultar, llame a Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de parte de organizaciones gubernamentales, como el SHIP.

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

Sección 5.1 En esta sección, se explica 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

Aquí se explican sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento, “Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)”. Para simplificar, utilizaremos generalmente la expresión “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta 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 debe estar cubierta con nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura (sección 5.2).**
2. En el plan, nos negamos a aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren brindarle, y usted cree que está cubierta con el plan. **Solicite una decisión de cobertura (sección 5.2).**
3. Ha recibido atención médica que cree que debe estar cubierta con 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 con el plan, y quiere solicitar en el plan que le reembolsemos 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 de servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria, debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Estos tipos de atención tienen reglas especiales.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando la decisión de cobertura está relacionada con su atención médica se denomina **determinación de organización**. Una decisión de cobertura rápida también se denomina **determinación acelerada**.

<u>Paso 1</u>: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar usualmente se toma en un plazo de 14 días o de 72 horas para 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:

- *Solo* puede solicitar la cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*.
- 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 en el plan que tomemos 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 solicitud 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 14 días calendario de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita **medicamentos con receta de Medicare 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 más** cuando su solicitud es de artículos o servicios médicos. Si utilizamos esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita medicamentos con receta de Medicare 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 diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre las quejas, consulte la sección 10 de este capítulo).

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 con receta de Medicare 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 más. Si utilizamos esos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si solicita medicamentos con receta de Medicare 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. (Para obtener más información sobre las quejas, consulte la sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos apenas 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 Paso a paso: 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. 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 que aún no ha recibido, 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.
- **Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la sección 5.2 de este capítulo.**

Paso 2: Solicite en el 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 60 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 no la presenta dentro de este plazo, pero tiene un motivo justificado para no haberlo hecho, explíquenos el porqué 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 una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - **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 con receta de Medicare 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, donde será revisada a través de 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,** le comunicaremos nuestra decisión por escrito y 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 estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud. Si su solicitud es para medicamentos con receta de Medicare 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.
  - 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 con receta de Medicare 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, se la responderemos dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre las quejas, consulte la sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde será revisada a través de 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 con receta de Medicare Parte B.
- **Si, en el plan, la respuesta 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 Paso a paso: 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 a través de Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. En esta organización, se decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. En Medicare, se 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 relacionada con 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, se le debe otorgar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, 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 con receta de Medicare 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 estándar, si solicitó artículos o servicios médicos, la organización de revisión 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 con receta de Medicare Parte B, la organización de revisión le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, 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 con receta de Medicare 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 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, 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.
- **Si la organización de revisión aprueba parcial o totalmente su solicitud de medicamentos con receta de Medicare Parte B,** debemos autorizar o brindar el medicamento dentro de las **72 horas** de haber recibido la decisión tomada en la organización, 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.
- **Si la organización rechaza parcial o totalmente su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud 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 de este capítulo, se explican los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

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

Solicitarnos un reembolso es solicitar 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.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si no pagó los servicios, 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 los servicios 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 que describimos 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 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere el reembolso de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para que un medicamento tenga cobertura, debe tomarlo según una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre este tema, consulte el capítulo 5). Si quiere más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección, solo se describen 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 cubiertos* del plan. **Solicite una excepción (sección 6.2).**
- Solicita que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede adquirir). **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).**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se describe cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
La solicitud de cobertura para un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* se denomina, a veces, **excepción al *Formulario***. La solicitud de la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, **excepción al *Formulario***. La solicitud del pago de un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido se denomina, a veces, **excepción al nivel de costo compartido**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted quiere, puede solicitarnos una excepción. 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 copago o coseguro 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 costo del 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, en nuestra *Lista de medicamentos*, se 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 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida también se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

<u>Paso 1</u>: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura 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 salud así 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 ha recibido. (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 del 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. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

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 de este capítulo, 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 una respuesta antes si 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 se revise a través de 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 justifica 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 informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que aún no ha recibido

- 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 una respuesta antes si 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 se revise a través de 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 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que justifica 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 informaremos 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 se revise a través de 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 informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos la solicitud de cobertura, usted 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 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan respecto a 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. Una apelación rápida, por lo general, se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que aún no ha recibido, 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 salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para apelaciones estándar, 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 determinación de cobertura de los CMS.

Dicho formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto y la información sobre su reclamo para asistirnos en el procesamiento de su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 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 no la presenta dentro de este plazo, pero tiene un motivo justificado para no haberlo hecho, explíquenos el porqué 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.

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 una respuesta antes si 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 se revise a través de 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 ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su solicitud. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido 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 se revise a través de 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 se revise a través de 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 informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos la 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 Paso a paso: 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 a través de Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. En esta organización, se decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. En Medicare, se supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, 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. No obstante, 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 reclamo a la IRE.

- 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.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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 estándar, la organización de revisión 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 ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró, la organización de revisión 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 estándar:

- **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** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la 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 en el nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted 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 dos días 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 a través de Medicare recibirán una copia de este aviso. Si nadie en el hospital le entrega este aviso (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), solicíteselo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y si no entiende, no dude en preguntar. En este aviso se enumera lo siguiente:**
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos con 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 dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta estipulada.
   - Para consultar una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicio al Cliente o 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. También puede consultarlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si quiere solicitar que cubramos los servicios de hospitalización 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.**
- **Respete los plazos.**
- **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. También puede comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud de California, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

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 tienen Medicare. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta 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** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar el costo total* de la atención en hospital que recibió después de dicha fecha.
- Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el plazo establecido, pero quiere presentar una apelación, debe presentarla directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la sección 7.4.

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 adecuado (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 o 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). También puede ver una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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 personal del hospital y nosotros les hayamos brindado.
- Al mediodía del día siguiente en que los revisores nos comuniquen de su apelación, usted recibirá de nuestra parte un aviso detallado 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 se aprueba su apelación?

- Si la organización de revisión *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 se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *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 *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 esta entidad le otorga una 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 Paso a paso: 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 que tomó 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 solamente 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 relacionada con 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 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.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- 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 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 7.4 ¿Qué sucede si no presenta la apelación de nivel 1 dentro del plazo establecido?

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Puede presentarnos una apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para empezar su apelación de nivel 1 relacionada con su fecha de alta del hospital. Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el plazo establecido, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le otorguemos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta programada y verificamos si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, investigamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Verificamos si la fecha de alta programada era médicamente adecuada. También controlamos si la decisión relacionada con la fecha en la que debería abandonar el hospital era justa y si se siguieron las reglas.

Paso 3: Le otorgamos una respuesta dentro de las 72 horas de su solicitud de una revisión rápida.

- **Si aprobamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios de hospitalización mientras sean médicamente necesarios. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que recibió a partir de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** significa que su fecha de alta programada fue médicamente adecuada. La cobertura que brindamos para servicios de hospitalización deja de funcionar a partir del día en que decidimos que la cobertura debe finalizar.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención en hospital que recibió después de dicha fecha.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* 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 a través de Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. En esta organización, se decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. En Medicare, se supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información relacionada con su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas de haberle comunicado que rechazábamos su primera apelación. (Si considera que no respetamos este u otros plazos, puede presentar una queja. En la sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de la apelación. Los revisores le darán la respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención en hospital que recibió a partir de la fecha de su alta programada. También debemos seguir cubriendo sus servicios de hospitalización mientras sean médicamente necesarios. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar la cantidad de dinero que le reembolsaríamos o el tiempo durante el cual continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente adecuada.
  - En el aviso por escrito que reciba de parte de la organización de revisión independiente se le informará cómo empezar una apelación de nivel 3 con un proceso de revisión, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige 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 los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si quiere aceptar su decisión o continuar con la apelación de nivel 3.

- 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.

Sección 8.1 *En esta sección, solamente se explican tres servicios:* atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria

Si recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro integral de rehabilitación ambulatoria)**, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos 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 de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se describe cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 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 solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizar su atención.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** como mínimo dos días antes de que en nuestro plan se 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 del plan de interrumpir la cobertura.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar que el plan 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.**
- **Respete los plazos.**
- **Si necesita ayuda, pídala.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

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 a nuestro 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.

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*.

El plazo para comunicarse con esta organización

- Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el plazo establecido, pero aún quiere presentar una apelación, debe presentarla a nuestro plan directamente. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la sección 8.5.

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 también investigará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que en el plan le hayamos suministrado.
- 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 aprueban 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 8.4 Paso a paso: 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** 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 relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión al respecto y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión 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.

¿Qué sucede si la organización de revisión 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 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 organización de revisión rechaza su apelación, 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 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no presenta la apelación de nivel 1 dentro del plazo establecido?

Puede presentarnos una apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente, usted debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y empezar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no se comunica con esta organización en el plazo establecido, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le otorguemos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos respecto a cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, investigamos toda la información relacionada con su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas en el momento de fijar la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le otorgamos una respuesta dentro de las 72 horas de su solicitud de una revisión rápida (apelación rápida).

- **Si aprobamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe recibir los servicios durante más tiempo y seguiremos cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que recibió a partir de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si siguió 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 la fecha en la que indicamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel 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**.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos respecto de su apelación rápida. En esta organización, se decide si se debe cambiar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una institución externa contratada a través de Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida a través de Medicare para desempeñar la función de organización de revisión independiente. En Medicare, se supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información relacionada con su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas de haberle comunicado

que rechazábamos su primera apelación. (Si considera que no respetamos este u otros plazos, puede presentar una queja. En la sección 10 de este capítulo, se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de la apelación. Los revisores le darán la respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención a partir de la fecha en la que indicamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención mientras sea médicamente necesaria. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, estas podrían limitar la cantidad de dinero que le reembolsaríamos o el tiempo durante el cual continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en el plan respecto a su primera apelación y no la cambiará.
- En el aviso que reciba de parte de la organización de revisión independiente, se le informará por escrito qué debe hacer si quiere continuar con la apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige 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.
- En el nivel 3, su apelación es revisada por 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 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y a niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Lea esta sección si ha presentado una apelación de nivel 1 y una de nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o del servicio médico sobre el que ha presentado 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. 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 el servicio 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 el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *podría* 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. En el aviso que recibirá, se le informará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4	En el **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo), se revisará su apelación y se le dará una respuesta. Este Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si se aprueba la apelación o si en el Consejo se rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* 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 el servicio 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 *podría* 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 ha presentado una apelación de nivel 1 y una de nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha presentado una apelación alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda 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. 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 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. En el aviso que recibirá, se le informará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 En el **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo), se 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 a través del 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 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 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 de salud, 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 relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y los servicios 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?

Queja	Ejemplo
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 de nuestro 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?
Información que recibe a través 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 tiempos de respuesta de nuestras acciones respecto de decisiones de cobertura y apelaciones).	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado 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 ha solicitado una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y nosotros nos hemos negado, 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 servicios médicos o medicamentos que habían sido 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**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato (ya sea por teléfono o por escrito).

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente.** Si es necesario que haga algo más, en Servicio al Cliente se lo informarán.
- **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.
- 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 necesitemos 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 10.4 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 se les paga a través del Gobierno federal para que revisen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes con 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 10.5 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/MedicareComplaintForm/home.aspx. 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 membrecía en el plan

SECCIÓN 1
Introducción para saber cómo finalizar su membrecía en el plan

La finalización de su membrecía en el plan Sharp Direct Advantage VIP Plan (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 membrecía.
- Hay también situaciones restringidas en las que nosotros tenemos la obligación de finalizar su membrecía. En la sección 5, se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membrecía.

En caso de que decida abandonar nuestro plan, este debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su parte del costo hasta que finalice su membrecía.

SECCIÓN 2
¿Cuándo puede finalizar su membrecía en el plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membrecía durante el período de inscripción anual

Puede finalizar su membrecía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también llamado “período de inscripción abierta anual”). 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 anual** 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 con receta.

- Original Medicare *con* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - Si elige esta opción, es posible que en Medicare lo inscriban en un plan de medicamentos, a menos que no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si da de baja la cobertura de medicamentos con receta 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 membrecía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membrecía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la posibilidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su membrecía en nuestro plan y 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.
- **Su membrecía finalizará** el primer día del mes después de que se haya inscrito en un plan Medicare Advantage diferente o de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si usted, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membrecía en dicho plan comenzará el primer día del mes luego de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas circunstancias, puede finalizar su membrecía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden cumplir con los requisitos para finalizar su membrecía 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 reúna los requisitos para cancelar su membrecía durante un período de inscripción especial**. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, si se mudó.
- Si tiene Medi-Cal.
- Si reúne los requisitos para el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta 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 reúne los requisitos para el período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para cancelar su membrecía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: Si da de baja la cobertura de medicamentos con receta 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 membrecía 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 sus medicamentos con receta: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare, es posible que en Medicare lo inscriban en un plan de medicamentos, a menos que no haya aceptado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membrecía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membrecía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicio al Cliente.**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2023***.
- Comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membrecía en el plan?

En el siguiente cuadro, se explica cómo debe poner fin a su membrecía en nuestro plan.

Si quisiera cambiarse de nuestro plan a alguno de los planes que se mencionan abajo:	**Debe hacer lo siguiente:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Se le dará de baja de nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Se le dará de baja de nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si quisiera cambiarse de nuestro plan a alguno de los planes que se mencionan abajo:	Debe hacer lo siguiente:
• Original Medicare *sin* un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos por escrito una solicitud de baja.** Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su baja del plan. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4
Mientras no finalice su membrecía, deberá continuar recibiendo los servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Mientras no finalice su membrecía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la 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 membrecía, con nuestro plan se cubre 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
En Sharp Health Plan, debemos finalizar su membrecía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membrecía en el plan?

En Sharp Health Plan, debemos finalizar su membrecía en las siguientes situaciones:

- 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 seis meses.
  - Si se muda o viaja durante un largo tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o viajará se encuentra dentro del área de nuestro 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 los requisitos de admisión para nuestro plan. (No podemos obligarlo a renunciar a nuestro 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 de nuestro plan. (No podemos obligarlo a renunciar a nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización previa de Medicare).

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membrecía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a renunciar a nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización previa de Medicare).
  - Si finalizamos su membrecía debido a este motivo, es posible que, en Medicare, se le solicite 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, en Medicare, se lo dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membrecía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos solicitarle que abandone el plan por ninguna razón vinculada a su salud

En Sharp Health Plan, no tenemos permitido solicitarle que cancele su membrecía por ninguna razón vinculada a su salud.

¿Qué debe hacer si ocurre esto?

Si cree que se le solicita que abandone nuestro plan por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membrecía en nuestro plan

Si finalizamos su membrecía 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 membrecía.

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 Medi-Cal (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, género, edad, orientación sexual, 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. En todas las organizaciones que se ofrecen planes Medicare Advantage, como en nuestro plan, se 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 https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, en Servicio al Cliente pueden brindarle ayuda.

En Sharp Health Plan, se cumplen las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no se discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. En Sharp Health Plan, tampoco se excluye a las personas ni se las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

En Sharp Health Plan, se brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853.

Si cree que, en Sharp Health Plan, no se le han brindado estos servicios o se lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede tramitar una reclamación con nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department 8520 Tech Way, Suite 201 San Diego, CA 92123-1450.
- Teléfono: 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711). Fax: 1-619-740-8572.

Puede tramitar una reclamación en persona, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, en sharphealthplan.com.
Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en 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 20211, 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TTY/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 con 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 de palabras importantes

Afección crónica: afección clínica que es el resultado 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 ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: 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). El 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. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios del capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el *Formulario*.

Ayuda Adicional: se trata de un programa estatal o de Medicare a través del cual se 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 membrecía en nuestro plan.

Beneficios suplementarios opcionales: beneficios no cubiertos con 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.

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. Nosotros, a través de su plan, debemos 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 de nuestro 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) con la que se espera que se pague, en promedio, por lo menos lo mismo que con la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo general, cuando las personas que tienen este tipo de cobertura pasan a cumplir los requisitos 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 con 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. 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. En Medicare, no se paga el cuidado de custodia.

Dentista contratado: es un dentista que presta servicios de odontología general y que acordó brindar beneficios a las personas inscritas en Dental Advantage.

Determinación de cobertura: se trata de una decisión respecto de si un medicamento que le han recetado está cubierto con 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 con su 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 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, aparatos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas hospitalarias para que se utilicen en el hogar según indicación de un proveedor.

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa en los beneficios de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o un coseguro bajo por sus medicamentos luego de que usted o terceros (debidamente autorizados) en su nombre hayan gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior a haber alcanzado los $4,660 en costos totales por medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y los que se han pagado con el plan en su nombre durante el año.

***Evidencia de cobertura* (*EOC*) e información de divulgación:** 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 nuestro plan le pide que pruebe otro medicamento antes de recibir el que usted solicita o si nuestro plan 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 con 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 de nuestro 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 de nuestro plan. Con el plan no cubrimos 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 en nuestro plan y estará cubierto hasta que sea prudente transferir su atención al área de servicio del plan.

Grupo médico del plan (PMG): 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 a través de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado a través de ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: es el límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: es una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos 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 con el plan.

Medi-Cal (Medicaid o Medical Assistance): es un programa conjunto federal y estatal a través del cual se brinda 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, generalmente, estos no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: es un medicamento con receta aprobado a través de 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.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta con cobertura en nuestro 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): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, 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 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 con Medicare Parte A y Parte B durante el año calendario. Los gastos que usted paga por las primas del 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 reúne los requisitos 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 se les paga a través del Gobierno federal 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 a través del Gobierno y no a través de 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. En Medicare, se paga la parte que le corresponde del monto aprobado con Medicare y usted paga su parte. En el plan Original Medicare, hay dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y están disponibles 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, en nuestro plan y en Original Medicare, se mide 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 existe un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: 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 membrecía 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 reúne los requisitos para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: 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 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 cumplir los requisitos 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 cumplir con los requisitos para recibir Medicare por primera vez, puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si reúne dichos requisitos 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: Sharp Direct Advantage VIP Plan (HMO).

Plan del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE): es un plan que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo 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 del plan.

Plan de salud de Medicare: es un plan ofrecido a través de 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 el 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 Medicare Advantage (MA): suele denominarse también "Medicare Parte C". Es un plan ofrecido a través de una empresa 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, con los planes Medicare Advantage, también se ofrece 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 con el cual se 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 que se ofrece a través de las 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).

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.

Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare: se trata de un programa a través del cual se ofrecen descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos con la Parte D para las personas inscritas en la Parte D que alcanzaron la etapa de brecha de cobertura y no participan en el programa Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortóticos: los 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 a través de nuestro plan, no pertenecen ni operan mediante este.

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 relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y los servicios al cliente que usted recibe. También abarca quejas que puede presentar si su plan no respeta los tiempos establecidos en el proceso de apelaciones.

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.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): se trata de un beneficio mensual que se paga a través del 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 membrecía, 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 con cobertura en nuestro plan.

Servicios cubiertos con Medicare: los servicios que están cubiertos con Medicare Parte A y Parte B. En todos los planes de salud de Medicare se deben cubrir todos los servicios cubiertos con Medicare Parte A y Parte B. El término "servicios cubiertos con 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: estos servicios incluyen terapias física, ocupacional, del habla y del lenguaje.

Servicios de urgencia: son aquellos servicios cubiertos que no son de emergencia, que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Se deben necesitar los servicios de inmediato y estos tienen que ser médicamente necesarios.

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 por la cual se 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 VIP Plan (HMO)

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
POR 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 siguiente día hábil. En Servicio al Cliente, también se ofrecen servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan 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 siguiente día hábil.
POR FAX	1-619-740-8571
POR CORREO	Sharp Health Plan Attn: Customer Care Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California: El 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
POR TELÉFONO	1-858-565-1392
POR CORREO	Elder Law and Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	seniorlaw-sd.org/programs/health-insurance-counseling-advocacy-program-hicap/

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 esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-562-8853. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-562-8853. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-562-8853。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-562-8853。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-562-8853. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-562-8853. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-562-8853 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-562-8853. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-562-8853 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-562-8853. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-562-8853. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-562-8853 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-562-8853. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-562-8853. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-562-8853. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-562-8853. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます・通訳をご用命になるには、1-855-562-8853 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

SHARP Health Plan

Consider us your personal health care assistant®

sharpmedicareadvantage.com
1-855-562-8853 (usuarios de servicios TTY/TDD: 711)

H5386_2023 INDV VIP EOC SP_C